



Virtsainkontinenssiopas ikäihmisen ohjaamisen tukena

Nikkanen, Piia

Ollanketo, Aija

Saarela, Pirjo

Väre, Kati

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea-Hyvinkää

Virtsainkontinenssiopas ikäihmisen ohjaamisen tukena
Teorian pohjalta tuotettu opas asiakkaan ja
omaisen ohjaamisessa

Nikkanen, Piia
Ollanketo, Aija
Saarela, Pirjo
Väre, Kati
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2011

Nikkanen Piia, Ollanketo Aija, Saarela Pirjo & Väre Kati

Virtsainkontinenssiopas ikäihmisen ohjaamisen tukena - Teorian pohjalta tuotettu opas asiakkaan ja omaisen ohjaamisessa

Vuosi 2011

Sivumäärä 81

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä käsittelemme ikäihmisten virtsainkontinenssia. Työmme sisältää teoriaosuuden lisäksi ikäihmisille ja heidän omaisilleen suunnatun oppaan virtsainkontinenssista.

Teoriaosuudessa käsittelemme virtsaneritystä, miesten ja naisten virtsainkontinenssityyppejä, sekä ikäihmisten virtsainkontinenssin erityispiirteitä, lisäksi keskitymme virtsainkontinenssin ehkäisyyn ja hoitoon.

Teoriaosuudessa painotamme ohjauksen merkitystä hoitoon sitoutumisessa ja opasta osana ohjausprosessia. Oppaan tavoitteena on helpottaa ja rohkaista ikäihmisiä ottamaan puheeksi elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä vaiva hoitohenkilökunnan kanssa.

Asiasanat: virtsainkontinenssi, ikäihminen, hoitoon sitoutuminen, ohjaaminen

Nikkanen Piia, Ollanketo Aija, Saarela Pirjo & Väre Kati

A urinary incontinence guide to support instruction of elderly people- A theory based guide to help instruction of client and next of kin

Year	2011	Pages	81
------	------	-------	----

In this practice-based thesis we evaluate urinary incontinence of elderly people. Besides a theoretical part, our work includes a guide for the elderly people and their families.

The theory part contains secretion of urine, different kind of types of urinary incontinence considering both men and women, special features of elderly people´s urinary incontinence and we focus on the prevention and treatment of urinary incontinence.

In theory we emphasize the importance of guidance in committing to the care, by using the guide as part of guidance process. The purpose of this guide is to encourage elderly people and make it easier to discuss about this discomfort that affects diluting quality of life and performance.

Keywords: urinary incontinence, elderly people, adherence, guidance

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Ikääntynyt ja ikääntyminen	8
2.1	Valtakunnallisia linjauksia ja suosituksia	10
2.2	Omaishoito	11
3	Virtsaneritys.....	12
4	Miesten virtsainkontinenssi.....	16
4.1	Pakkoinkontinenssi	17
4.2	Ponnistusinkontinenssi	19
4.3	Sekamuotoinen virtsankarkailu	21
4.4	Ylivuotoinkontinenssi ja jälkitippuminen	21
5	Naisten virtsainkontinenssi	22
5.1	Naisen lantionpohjan rakenne ja toiminta.....	22
5.2	Toimintahäiriöille altistavia tekijöitä naisilla.....	23
6	Naisten virtsankarkailun tyypit	24
6.1	Ponnistusinkontinenssi	25
6.2	Pakkoinkontinenssi	26
6.3	Sekamuotoinen inkontinenssi	27
6.4	Ylivuotoinkontinenssi	27
7	Ikäihmisten virtsainkontinenssista	27
8	Ikäihmisten virtsainkontinenssin erityispiirteitä.....	31
8.1	Virtsankarkailu ja dementia.....	32
8.2	Ylivuotoinkontinenssi ikääntyneellä	33
8.3	Toiminnallinen virtsankarkailu eli arkkitehtoninen virtsankarkailu	33
8.4	Vuode- ja vaippainkontinenssi	34
9	Virtsainkontinenssin ehkäisy ikäihmisillä	34
10	Virtsankarkailun tutkiminen ja diagnostiikka	35
11	Inkontinenssin konservatiivinen hoito	37
11.1	Lääkehoito	39
11.2	Lantionpohjan lihasten kuntoutus.....	39
11.3	Yleisimmät käytössä olevat apuvälineet ja hoitotuotteet	40
11.3.1	Keräävät apuvälineet	41
11.3.2	Imukykyiset apuvälineet	42
11.3.3	Muita apuvälineitä	44
11.4	Virtsankarkailu ja hygienian hoito.....	44
12	Hoitoon sitoutuminen	45
12.1	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä	46
12.2	Läheisen rooli ikääntyvän hoitoon sitoutumisessa.....	47

13	Asiakasohjauskäsitteen määrittelyä	48
13.1	Ohjauksen haasteita	51
13.2	Erytyspiirteitä ikääntyneiden ohjauksessa.....	52
13.3	Omaisten ohjaaminen	53
14	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	54
15	Kirjallinen ohjausmateriaali.....	55
15.1	Taustatietoja Järvenpäästä	58
15.2	Alkukartoitus Pihlavitokodissa	58
15.3	Opinnäytetyön toteuttaminen, eteneminen ja arviointi	60
16	Pohdinta	64
	Lähteet	68
	Kuvat	72
	Liitteet	72

1 Johdanto

Laurean opinnäytetyöpankissa oli Järvenpään koti- ja laitoshoidon asiakasopastilaus ikäihmisten virtsainkontinenssista. Kiinnostuimme aiheesta ja haimme lupaa tehdä kyseisen tilauksen perusteella opinnäytetyömme ja siihen liittyen oppaan ikäihmisten virtsainkontinenssista. Opinnäytetyönä tehtävän oppaan tarkoituksena on palvella Järvenpään kaupungin Pihlavistokodin intervalli- ja arviointihoidossa olevia asiakkaita sekä heidän omaishoitajiaan.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa opas, joka sisältää teoriatietoa iäkkäiden inkontinenssista hoitotyön näkökulmasta. Teoriaosuudessa käsittelemme mm. virtsaelinten anatomiaa sekä Käypä hoito suositus otsikoiden mukaisesti virtsainkontinenssia yleisellä tasolla sekä ikääntymiseen liittyviä muutoksia, virtsainkontinenssiin liittyviä tekijöitä iäkkäillä, inkontinenssin hoitomuotoja sekä kuntoutusnäkökohtia. Opinnäytetyömme teoriaosuudessa käsittelemme lisäksi hoitoon sitoutumista ja potilasohjausta. Potilasohjauksella pyritään hoitoon sitoutumiseen, koska ilman hoitoon sitoutumista hoidolla ei ole vaikutusta asiakkaan itsenäiseen kykyyn vaikuttaa terveyteensä ja elämänlaatuunsa. Potilasohjauksen on todettu olevan tehokkainta kun henkilökohtaisen ohjaamisen tukena käytetään kirjallista materiaalia. Tästä syystä kirjallisen oppaan käyttäminen ohjauksessa on perusteltua.

Työhömmme sisältävän oppaan sisällön muokkasimme Pihlavistokodin henkilökunnan toiveiden perusteella. Oppaamme tavoitteena on helpottaa inkontinenssista puhumista ja rohkaista iäkkäitä ottamaan yleisen, mutta vieläkin osittain häpeälliseksi koetun asian hoitohenkilökunnan kanssa esille. Oppaan tarkoituksena on lisäksi antaa yleiskielellä tietoa ongelman syistä, hoidoista ja kuntoutuksesta. Toivomme opinnäytetyömme teoriaosuuden sekä oppaan antavan henkilökunnalle käyttökelpoista tietoa virtsainkontinenssista arjen hoitotyöhön.

Käytämme opinnäytetyössämme käsitteitä ikääntynyt, ikääntyvä ja vanhus synonyymeina tarkoittamaan pääsääntöisesti yli 75 vuotta täyttäneitä miehiä ja naisia. Termin virtsainkontinenssi olemme tekstissä lyhentäneet ajoittain muotoon inkontinenssi, koska käsittelemme opinnäytetyössämme ainoastaan virtsainkontinenssia jättäen ulosteinkontinenssin teorian rajauksen ulkopuolelle. Asiakasoppaassa käytämme terminä virtsankarkailua, koska se on suomenkielisenä sanana tutumpi ja ymmärrettävämpi. Pihlavistokodin ikääntyneet ovat asiakkaita, mutta teoriaosuudessamme olemme tekstin sisällön mukaan valinneet termiksi joko asiakas tai potilas.

Laurean opinnäytetyöohjeen mukaan työelämän kehittämishankkeena tehtävä opinnäytetyö pyrkii ratkomaan ongelmia ja luomaan uutta. Lisäksi siltä odotetaan selkeää yhteyttä työelämään. Ammattikorkeakoulumaailmassa toiminnallinen opinnäytetyö on työelämän kehittäminen, jonka tuloksena on aina jokin konkreettinen tuote, kuten ohjeistus, kirja tai tietopaketti.

Koemme opinnäytetyömme aiheen tärkeäksi, koska virtsankarkailu ei kuulu normaaliin ikääntymiseen. Väestön ikääntyessä inkontinenssista tulee yhä yleisempi ongelma sekä elämänlaadullisesti että taloudellisesti. Haluamme opinnäytetyömme teoriaosuudessa tutustua aiheeseen laajemmin ja oppaan muodossa tarjota myös ikääntyville hoitajien ohjaamina keinon perehtyä ongelmaan. Koemme, että inkontinenssin asiantuntijoita tarvitaan hoitotyöhön ja uudella ajattelulla aikaansaataisiin inkontinenssin hoitoon asiaan perehtyneitä hoitotyöntekijöitä.

2 Ikääntynyt ja ikääntyminen

Ihmisen biologisissa, fyysisissä ja psykologisissa toiminnoissa ilmenee muutoksia 75-80 vuoden iässä. Termien ikääntynyt ja ikääntyminen käyttämisen rajana on pidetty 75 vuoden ikää. Tässä iässä ihminen biologisten ikääntymismuutoksien vuoksi altistuu helpommin toimintakyvyn vaikuttaville taudeille ja sairauksille. Vanhuspalveluiden mitoituksen arviointikriteerinä on valtakunnallisesti pidetty 75 vuoden ikää. (Isola, Vuoti, Saarnio & Routasalo 2009, 179.)

Sirkka-Liisa Kivelän selvitysraportin mukaan (2006, 16) vanhustenhoito poikkeaa keski-ikäisten hoidosta, koska siinä hoidetaan ihmisiä, joiden asema yhteisössä poikkeaa keski-ikäisen asemasta ja joiden elimistöä fyysiset vanhenemismuutokset ovat muuttaneet. Näillä tekijöillä on vaikutuksia sairauksien oireisiin, paranemiseen, kuntoutumiseen, lääkelaisten hajoamiseen ja erittymiseen. Hoidossa, ehkäisyssä ja kuntoutumisen edistämässä on otettava huomioon normaalien vanhenemismuutoksien aiheuttamat erityispiirteet.

Elinten toimintojen hidastumiseen johtavat fyysiset vanhenemismuutokset, jotka alkavat jo noin 30 vuotiaana, etenevät hitaasti ja yksilöllisesti ja tästä syystä samanikäiset iäkkäät eivät ole toimintakyvyltään samanlaisia. Normaalien vanhenemismuutosten lisäksi ikääntyneiden yksilölliseen toimintakykyyn vaikuttavat aikaisemmat sairaudet, olemassa olevat pitkäaikaiset sairaudet, äkilliset sairaudet sekä elämänaikaiset terveys- ja elämäntavat. Juuri yksilöllisten erojen vuoksi vanhustenhoitoa ei voida rajata kalenteri-ikä perusteella, vaikka monilla yli 75 -vuotiaista vanhenemismuutokset ovat aiheuttaneet sairauksien oireiden erilaisuutta sekä paranemisen ja kuntoutumisen hidastumista. Voidaan kuitenkin karkeasti arvioida, että 75 vuotta täyttäneiden palveluissa tarvitaan vanhustenhoidon erityisasiantuntemusta. (Kivelä 2006, 16.)

Kivelän mukaan vanhustenhoidossa keskeisenä tavoitteena on elämänhallinnan, toimintakyvyn sekä sosiaalisen osallisuuden ylläpitäminen ja parantaminen. Normaalia elämää ja kanssakäymistä korostetaan ja toiminnassa ei pyritä pelkästään sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn vaan toiminta perustuu vanhusten voimavaroihin ja myönteisyyteen. (Kivelä 2006, 18.)

Vanheneminen on etenevä psykologinen, sosiaalinen ja fysiologinen prosessi ja vanheneminen ovat yhteistä kaikille. Ikääntyvän ihmisen hoidossa korostuu ihmisen ainutkertaisuus yksilöllisine toiveineen ja tarpeineen. Hoidon tulee perustua vahvuuksille kuten sosiaalisille taidoille, elämäkokemukselle ja aikuisen viisaudelle. Jokapäiväisessä selviytymisessä vaikeuksia tuottavat sairaudet sekä niihin liittyvät oireet ja hoidot muodostavat syyn etsiä apua palvelujen tuottajilta. Ikääntyessä todennäköisyys sairastua pitkäaikasairauksiin kasvaa, mutta itsenäinen selviytyminen ilman ulkopuolista apua on seikka, joka luo tyytyväisyyttä. (Isola ym. 2009, 178 - 179.)

Vähäkangas mainitsee artikkelissaan huonontuneen tasapainon, vähäisen liikkumisen, kaatuilun, muistihäiriön, akuutin sekavuuden ja virtsainkontinenssin olevan rainnaantumista ennustavia tekijöitä ja lisäävän avun tarvetta (Vähäkangas 2009, 149). Jos tarvetta ulkopuoliseen apuun kuitenkin ilmenee, ikääntyneellä on oikeus oikeudenmukaiseen kohteluun ja suhteessa itseensä itsemääräämisoikeus (Isola ym. 2009, 179).

Ikääntyneet haluavat asua kotonaan niin pitkään kuin mahdollista, ja tästä syystä kotiin selviytymisen tueksi tarjottavat palvelut ovat tärkeitä. Tutussa ympäristössä on mahdollista selviytyä, vaikka aistit olisivat heikentyneet ja liikuntakyky rajoittunut. Usein ikääntyneen apuna ovat lapset, tuttavat ja naapurit. Hoitolaitokseen siirtymistä pitkitetään liian kauan, koska ikääntyneet arvostavat itsemääräämisoikeutta. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 45.)

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työhön suhteutettuna Suomessa normaalin vanhenemisen ja vanhusten hoitotyön opintojen laajuus on vaatimatonta lähes kaikissa hoitotyön koulutusohjelmissa. Koska terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat kohtaavat työssään iäkkäitä tai erittäin iäkkäitä ihmisiä heijastuvat peruskoulutuksen puutteet todennäköisesti kielteisesti hoidon ja kuntouttavan hoitotyön laatuun. (Kivelä 2006, 48.)

Hunskar, Losen, Sykesin ja Vossin (2003) tutkimuksessa todettiin virtsainkontinenssin ehkäisyllä helpotettavan merkittävästi taloudellisia kustannuksia ja inkontinenssin esiintyvyyttä. Tutkimukseen osallistui naisia neljästä Euroopan maasta. Myös hoitohenkilökunnan ammattitaidon puute puuttua virtsankarkailuun ja tarjota hoitoa sitä tarvitseville tuotiin esille. Eri maitten välillä oli eroa esimerkiksi lääkereseptien lukumäärässä. Tutkimuksen mukaan virtsainkontinenssiin oli saatavilla hyvää hoitoa. Tämä edellytti asian puheeksi ottamista hoitohenkilökunnan kanssa.

Vanhustyön tulee keskittyä auttamaan lievimä toimintakyvyn häiriöistä kärsiviä iäkkäitä, koska toimintakyvyn häiriö pahenee nopeasti. Lyhytaikaisen laitoshoidon henkilökunnan tulee kyetä hoitamaan ja kuntouttamaan pitkäaikaissairaita entistä monipuolisemmin, jotta he sel-

viytyisivät kotona. Hoidon laadun sekä kohtuullisten kustannusten kannalta henkilöstön koulutus on tärkeää. (Vallejo Medina ym. 2006, 63.)

2.1 Valtakunnallisia linjauksia ja suosituksia

Valtakunnallisena tavoitteena Suomessa on, että yli 75-vuotiaista 91-92 % asuu itsenäisesti kotona tai palveluiden turvin ja säännöllistä kotihoitoa heistä saisi 13-14 %. (Salin & Åstedt-Kurki 2009, 176; Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 30.) Valtioneuvosto linjasi vuonna 2001 kansallista terveystaloutta 15 vuoden tähtäimellä Terveys 2015 - kansanterveysohjelmalla ja pääpaino ohjelmassa oli terveystalouden kehittämisen sijaan terveyden edistämisessä. Ohjelmassa esitetään kahdeksan tavoitetta, jotka koskevat kansanterveyttä. Ikääntyneiden, yli 75-vuotiaiden, osalta tavoitellaan samansuuntaista toimintakyvyn paranemista kuin viimeisten 20 vuoden ajan. Lisäksi suomalaisten terveiden elinvuosien keskimäärän odotetaan nousevan kaksi vuotta vuodesta 2000. (Kyngäs ym. 2007, 18 - 19.)

Keväällä 2001 Suomen kuntaliitto ja Sosiaali- ja terveysministeriö antoivat ensimmäisen ikäihmisten palveluita koskevan laatusuosituksen, jota kuntien ikääntyneiden palveluista vastaavat henkilöt pitivät tärkeänä välineenä suunnitteluun ja kehittämiseen. Uusi ikäihmisten palveluiden laatusuositus, joka julkaistiin vuonna 2008, jatkaa ensimmäisen laatusuosituksen linjoilla ottaen huomioon ensimmäisten laatusuositusten arvioinnin tulokset, hallitusohjelman linjaukset, uusimman tutkimustiedon, toimintaympäristöjen muutokset sekä ikääntymispolitiikan valtakunnalliset tavoitteet. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 7.) Laatusuositusten tavoitteena on edelleen lisätä ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden vaikuttavuutta ja laatua. Suositus esittää linjauksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, asuin- ja hoitoympäristöihin sekä henkilöstöön ja johtamiseen ikääntyneiden palveluiden laadun parantamiseksi. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3.)

Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden kehittämisen tavoitteena on turvata iäkkäiden kuntalaisten tasavertainen osallisuus palveluiden laadun kehittämisessä. Kehittämistyön lisäksi kunnan on huolehdittava tiedottamisesta koskien ikääntyneiden palveluita sekä tiedotettava kuntalaisille myös muun muassa miten ikääntynyt ihminen pääsee palvelutarpeen arviointiin, mitä palveluja kunta tarjoaa ikääntyneille asukkailleen sekä milloin ikääntynyt tai omainen on oikeutettu palveluun ja mitkä ovat palveluiden myöntämiskriteerit. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 12 - 15.)

Hyvinvointia ja terveyttä edistetään suosituksen mukaan turvaamalla onnistuva ikääntyminen, ehkäisemällä sairauksia ja edistämällä terveellisiä elämäntapoja, kaventamalla hyvinvointi- ja terveyseroja, tukemalla turvallisuutta ja itsenäistä suoriutumista, puuttamalla varhain ter-

veydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä vahvistamalla gerontologista asiantunte-
musta geriatria mukaan lukien. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen
panostaminen kannattaa, koska näin tuetaan itsenäistä suoriutumista ja kotona asumista.
Hyvinvoinnin ja terveyden on todettu lisäksi vaikuttavan sosiaali- ja terveystalouden
kasvuun enemmän kuin ikääntyneiden määrän kasvu. Tutkimusnäyttöillä on kyetty osoittamaan
riskien hallinnan, varhaisen puuttumisen, kuntoutuksen ja ennalta ehkäisyn vaikuttavuus.
Ikäihmisen mahdollisuus elää mielekästä, täysipainoista ja omaehtoista elämää omassa kodis-
saan on otettava kunnan eri hallinnonalojen suunnittelussa lähtökohdaksi. (Ikäihmisten palve-
lujen laatusuositus 2008, 20 - 21.)

Laadukas palvelutoiminta mahdollistaa asiakaslähtöisyydellä asiakkaan ja hänen omaistensa
osallistumisen palvelua koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin. Lisäksi se
perustuu toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään työotteeseen, jota toteutetaan yhdessä
asiakkaan, omaisten ja lähihenkilöiden sekä eri palveluntuottajien kanssa. (Ikäihmisten palve-
lujen laatusuositus 2008, 31.) Vallejo Medina ym. (2006, 45) kirjoittavat ikäihmisten palvelui-
den laatusuosituksen olevan kuitenkin yleinen laatusuositus kunnille korostaen kuntien päät-
täjien vastuuta. Tavoitteita vanhusten hoidon kehittämiselle ovat suositusten valmisteluun
osallistuneiden mukaan itsenäinen suoriutuminen, hyvä elämänlaatu ja itsemääräämisoikeus.
Ikääntyneiden palveluiden ja hoidon järjestäminen perustuu useisiin lakeihin.

2.2 Omaishoito

Omaishoidon tuki - lain toisessa pykälässä omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen
tai sairaan hoitamista kotona omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla ja
omaishoitajalla henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen. Omaishoidon tukea ovat
palkkio, vapaat ja palvelut hoidon turvaamiseksi. Omaishoidon tuen palkkio määräytyy lain
viidennen pykälän mukaan hoidon vaativuuden ja sitovuuden mukaan ja se on veronalaista
tuloa. Omaishoitajalla on palkkion lisäksi lain neljännen pykälän mukaan oikeus pitää vapaata
tiettyjen edellytysten täytyttyä kolme vuorokautta kutakin kalenterikuukautta kohti. (Laki
omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.)

Omaishoidontuella hoidettavien ikääntyneiden asiakkaiden osuus on kasvanut kuluvalle vuosi-
tuhannella ja kotona tapahtuvan hoidon lisäksi omaiset osallistuvat hoitoon sekä ohjaukseen
myös sairaalajaksoilla. Etenkin kognitiivisista häiriöistä kärsivien ikääntyvien hoidon vastuu
voi siirtyä omaisille, joissakin tapauksissa tämä voidaan kokea ongelmalliseksi. Omaisilla on
kuitenkin etenkin muistihäiriöistä kärsivistä läheisistään tärkeää tietoa ja heidän läsnäolos-
taan on suurta hyötyä. (Isola ym. 2009, 185.)

Suomessa yhä sairaammat ikääntyvät asuvat kotonaan perheenjäsentensä hoitamina ja arvioidaankin, että kotona asuu noin 150 000 yli 60 -vuotiasta toisen apua tarvitsevaa henkilöä. Vaikka hoidettavien avuntarve edellyttäisikin omaishoidontuen saantia, valtaosalla ikääntyvää perheenjäsentä kotonaan hoitavalla ei ole hoitotyössä virallista asemaa. (Salin & Åstedt-Kurki 2009, 176.)

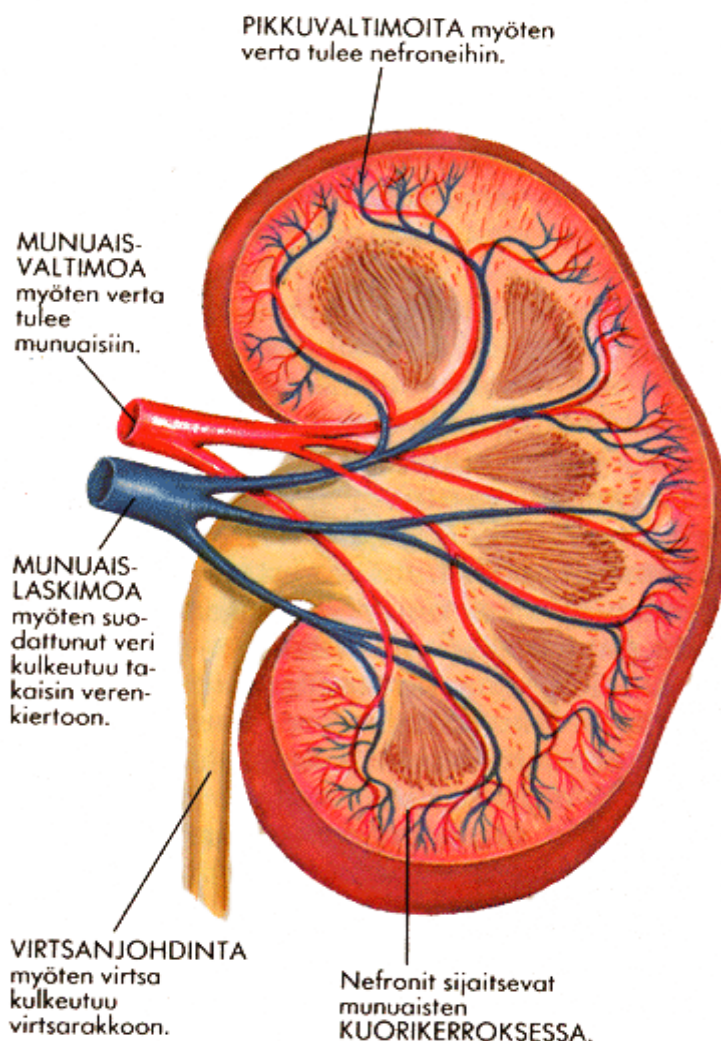
Lyhytaikaisella laitoshoidolla eli intervallihoidolla tarkoitetaan enintään 90 vuorokautta kestävää määräajoin toistuvaa tai tilapäistä kuntouttavaa laitoshoidojaksoa, jonka tarkoituksena on tukea kotona asumista asiakkaan itsenäistä selviytymistä edistämällä. Sen toivotaan siirtävän pysyvään laitoshoittoon joutumista myöhemmäksi. Lisäksi palvelun avulla pyritään auttamaan ja helpottamaan vanhusta hoitavan perheenjäsenen työtä. (Salin & Åstedt-Kurki 2009, 177-178.)

3 Virtsaneritys

Virtsaneritys eli diureesi on elimistön tärkein tapa vapautua kuona-aineista, lukuun ottamatta kaasumaisia kuona-aineita (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2004, 347). Elimistön kuona-aineiden poisto edellyttää vähintään noin 500 ml:n virtsaneritystä. Toisaalta runsaan juomisen seurauksena virtsaa voi erittyä jopa 10 litraa vuorokaudessa. Virtsaneritys on riippuvainen elimistön kokonaisnestemäärästä sekä sen osmolaliteetista eli liuenneiden aineiden määrästä. Ihmisen keskimääräinen virtsaneritys on n. 60-80 ml tunnissa ja maksimieritys 900-1200 ml tunnissa. Normaalin virtsarakon varastointikapasiteetti on noin 400-500 ml. (Niemi-nen 1998, 15 - 16.)

Munuaiset muodostavat virtsaa. Ne osallistuvat myös elimistön vesi-, elektrolyytti- ja happoemästasapainon säätelyyn virtsan tilavuutta, suolapitoisuutta ja happamuutta säätelämällä. (Nienstedt ym. 2004, 347.) Niille on tyypillistä tehokas itsesäätely, jonka ansiosta munuaiskerästen suodatus ja syntyneen primaarivirtsan määrä pysyy lähes muuttumattomana. Tärkeä tehtävä on hormonaalisella säätelyllä, joka määrää virtsan määrän, tässä on ratkaiseva tekijä antidiureettinen hormoni (ADH). Mitä enemmän tätä hormonia on veressä sitä vähemmän ja väkevämpää virtsaa erittyy. (Niemi-nen 1998, 15.)

Munuaisia on kaksi, 10-12 cm pitkiä, pavunmuotoisia ja yhteispainoltaan ne ovat n. 300 g painoisia (Kuva 1.) Munuaiset sijaitsevat vatsakalvonontelon takana, selkärangan kummallakin sivulla, alimman rintanikaman ja kahden ylimmän lannenikaman tasalla. Niitä suojelee osittain viimeinen kylkiluu. Munuaisten koveralla pinnalla on munuaisportti, josta kulkevat munuaisvaltimo ja munuaislaskimo sekä virtsanjohdin. Munuaisten yhteispaino on vain 0,5 % kokoruumiin painosta, kuitenkin niiden kautta kulkee 20- 25 % verenkierron minuuttitilavuudesta. Tämän vuoksi munuaisvaltimot ovat varsin paksut. (Nienstedt ym. 2004, 347 - 348.)



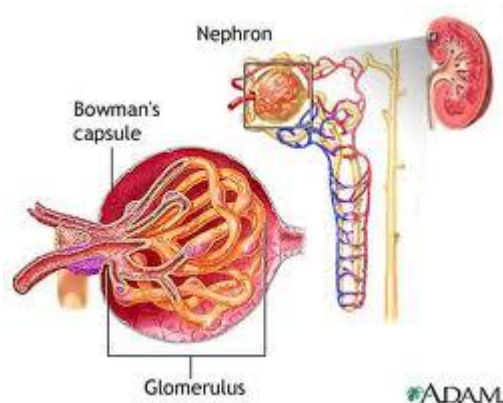
Kuva 1: Munuaisen poikkileikkaus

Munuaisten toiminnan perusyksikkö on nefroni (Kuva 2). Nefroneita on molemmissa munuaisissa noin miljoona. Nefroni alkaa kuorikerroksesta pyöreällä munuaiskeräsellä, jossa on keräsen kotelon (Bowmanin kotelon) sisällä hiussuonikeränen (glomerulus). Nefronin toinen pääosa on munuaistiehyt eli tubulus. Tubulus muodostuu kolmesta osasta proksimaalisesta kiemuratiehyestä, Henlen lingosta ja distaalisesta kiemuratiehyestä. (Nienstedt ym. 2004, 348 - 350.)

Hiussuonikeränen (glomerulus) sijaitsee kahden valtimon välissä (viejäsuonen sekä tuojuosunen), tästä johtuen hiussuonikeränessä on korkeampi verenpaine kuin tavallisessa hiussuonessa, joka on valtimon ja laskimon välissä. Paine suodattaa eli filtroi plasmaa puristamalla siitä osan kapillaarien seinämän läpi keräsen koteloon (filtraatio). Näin syntyy glomerulussuodosta eli glomerulusfiltraattia vuorokauden aikana n. 160 litraa. Tätä kutsutaan alkuvirtsaksi eli primaarivirtsaksi. Koska ihmisen solunulkoisen nesteen määrä on vain noin 15 litraa, joutuvat

samat vesimolekyylit käväisemään alkuvirtsassa useita kertoja vuorokaudessa. Vain 1 % alkuvirtsasta jää lopulliseksi virtsaksi. (Nienstedt ym. 2004, 350.)

Glomerulusten suodatus perustuu verenpaineeseen. Mikäli suurten valtimoiden verenpaine laskee sokissa matalammaksi kuin 60 mmHg, virtsaneritys lakkaa (anuria), koska glomerulussissa ei enää muodostu alkuvirtsaa. Munuaisten toiminta lakkaa myös silloin, kun glomerulusten on toimittava suurta painetta vastaan, esimerkiksi silloin kun virtsakivi estää virtsan etenemisen. (Nienstedt ym. 2004, 351.)



Kuva 2: Glomerulus

Virtsateihin kuuluvat kummankin munuaisen munuaisallas ja virtsanjohdin sekä pariton virtsarakko ja siitä lähtevä virtsaputki (Nienstedt ym. 2004, 362). Virtsanjohdin eli ureter alkaa munuaisaltaan kapenevasta suppilomaisesta kohdasta. Kaikkiaan se on n.25 cm pitkä ja n. 5 mm paksu putki, joka sijaitsee vatsakalvon takaisessa tilassa ja puoliksi vatsaontelon, puoliksi lantion alueella. (Hervonen & Virtanen 2002, 18.) Virtsanjohtimen seinämässä on hyvin voimakas lihaskerros, joka kuljettaa virtsaa peristalttisin liikkein kohti virtsarakkoa. Virtsajohtimet laskevat virtsarakkoon vinosti sen taka-alaseinämän läpi. Näin niiden laskukohtaan muodostuu läppä. Jos virtsarakon paine nousee, esimerkiksi virtsaamisen aikana, läppä sulkeutuu ja näin estää paineen leviämisen ylöspäin. (Nienstedt ym. 2004, 362.)

Virtsarakko on lihaseinäinen pussi, jolle on ominaista kyky venyä ja supistua. Aikuisen ihmisen tyhjä virtsarakko sijaitsee lähes kokonaan pikkulantiossa häpyliitoksen ja häpyluun haarakkeiden takana. Täysi rakko ulottuu lantion reunaa ylemmäksi, jopa napaan asti. Rakon sivu- ja takapinnat yhtyvät muodostaen rakon kaulan, josta virtsaputki lähtee. Rakon kaula miehillä nojaa tiiviisti eturauhaseen ja naisilla löyhemmin lantion alapohjaan päin. Miehillä häpyluueturauhasside sitoo rakon kaulan tukevasti luisen lantion etuseinään. Pääosan rakon seinämästä muodostaa kolmikerroksinen virtsarakon seinämälihas (detrusor).

Ulomman kerroksen lihassäikeet muodostavat rakonkaulan kohdalla kurojalihaksen. (Hervonen & Virtanen 2002, 19 - 21.)

Virtsarakon hermotus ja koko virtsaamisprosessi on monimutkaisen säätelyn alainen kokonaisuus. Virtsarakkoa hermottavat selkäytimen jaokkeista S2-4 lähtevät parasympaattiset hermot sekä Th 10 - L2 lähtevät sympaattiset hermot. Rakkolihaksessa itsessään on runsaasti kolinergisiä parasympaattisia hermopäätteitä, joiden ärsytys saa aikaan rakon supistumisen. Supistumista puolestaan estävät rakon seinämän sympaattiset beetareseptorit. Rakon lihaskudokseen ja sidekudokseen sijoittuvat sensoriset hermopäätteet reagoivat rakon venytykseen ja täyttymiseen ja tuottavat virtsapakon ja lopulta myös kivun tunteen. (Nieminen 1998, 16.)

Kummallakin sukupuolella virtsaputki läpäisee lantion lihaksisen välipohjan. Tälle kohtaa muodostuu poikkijuovaisista lihassyistä virtsaputken sulkijalihas. Virtsaputken limakalvo on pitkittäisillä poimuilla, ja limakalvonalaisessa kudoksessa on runsaasti laskimoita. Poimujen ja laskimoiden avulla virtsaputki sulkeutuu tiiviisti. (Nienstedt ym. 2004, 364.)

Miehen virtsaputki (uretra) on 12-20 cm pitkä. Se johtaa virtsan rakosta terskan päässä olevan aukon, virtsaputken ulkosuun kautta ulos kehosta. Virtsaputki jaetaan kolmeen osaan:

Virtsaputken eturauhasosa (pars prostatica) on 3 cm pitkä osa, joka alkaa rakon kaulasta ja kulkee nimensä mukaisesti prostatan, eturauhasen sisällä. Pars prostatica on virtsaputken venyvin osa. Virtsaputken kalvo-osa (pars membranacea) on 1 cm:n pituinen osa, joka sijaitsee lantion alapohjassa ja alkaa eturauhasen kärjestä. Tämä osa on virtsaputken kapein ja vähiten venyvä osa. Tämä osa on myös katetroinnissa kaikkein altein lävistysvauriolle.

Virtsaputken paisuvasosa (pars spongiosa) on virtsaputken paisuvaisen sisällä ja siittimen läpi kulkeva virtsaputken pisin osa. Ulkoaukko on virtsaputken kapein kohta, mikäli instrumentti menee tämän aukon läpi, voidaan sen olettaa kulkevan muidenkin osien läpi. (Hervonen & Virtanen 2002, 21 - 22.)

Naisen virtsaputki on vain 3-5 cm pitkä. Sen seinämät ovat myötävämpiä kuin miehellä. Virtsaputki kulkee emättimen etuseinämää pitkin ja kiinnittyy siihen tiiviisti. Naisen virtsaputken ulkoaukko sijaitsee vulvassa häpykielen ja emättimen aukon välissä. Lantion alapohjassa virtsaputken ympärille kietoutuu kurojalihaksen säikeitä, jotka eivät kuitenkaan ympäröi sitä niin tiiviisti kuin miehellä. (Hervonen & Virtanen 2002, 22.)

Virtsaaminen (mictio) perustuu heijasteeseen, jonka alkuunpanija on virtsarakon seinämän jännitystila. Jännitystila syntyy vähitellen, kun virtsarakkoon kertyy virtsaa. Selkäytimen alaosassa olevaan virtsaamiskeskukseen tulee tieto reseptoreilta, jotka rekisteröivät venytystä. Tämän tiedon perusteella käynnistyy automaattinen heijaste. Parasympaattisia hermosyitä pitkin supistumismääräys menee virtsarakkoon sekä myös aivoihin. Sileät lihassyöt pystyvät

venymään, kunnes noin neljänneslitra virtsaa on kertynyt rakkoon, jännitystila kasvaa ja virtsaamistarve herää. Virtsamistarve katoaa hetkeksi, jos heijaste torjutaan, mutta kun rakossa on 400- 500 ml virtsaa, on pakottava tarve päästä virtsaamaan. Jännittyneessä mielentilassa virtsaamistarve tulee nopeammin. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2008, 365.)

Virtsaamisen alkaessa rakon muoto muuttuu siten, että rakon seinämälihaksiston on helppo työntää virtsaa ulos. Virtsaaaja lisää vatsalihasten ja pallean avulla vatsaontelon painetta. Virtsamisen jälkeen jää rakkoon jokunen millilitra jäännösvirtsaa. Virtsaputken sisäsuussa on pitkittäissuuntaisia virtsarakon seinämästä jatkuvia lihassyitä ja kimmosyitä. Virtsaminen onnistuu parhaiten pystyasennossa tai istuen. Vuodelepoon joutuneen on vaikea käynnistää virtsaamista. (Nienstedt ym. 2008, 365 - 366.)

4 Miesten virtsainkontinenssi

Miehillä virtsankarkailua esiintyy huomattavasti harvemmin kuin naisilla (Nieminen 1998, 30). Vanhemmiten miehillä kuitenkin virtsan pidätyksen häiriöt lisääntyvät ja niiden taustalla voi olla useita syitä. Noin joka neljäs yli 70-vuotias mies kärsii haittaavasta virtsanpidätyksen häiriöstä. Osa häiriöistä johtuu vanhenemiseen liittyvistä muutoksista. Munuaisten toiminta heikkenee ja virtsan erityis lisääntyy iän myötä, mutta kudosten muuttuessa saattaa virtsarakko kuitenkin kutistua. Virtsan karkaamista lisää myös se, että virtsaputken sulkijalihas heikkenee. (Saarelma 2010.) Miehillä on myös rakon kaulaa ympäröivä sulkijalihas. Sen varsinainen tehtävä on estää siemennesteen meno virtsarakkoon siemensyöksyn aikana, mutta tämä sulkijalihas on kuitenkin tehokas myös virtsanpidätyksessä. Vaikka miehen ulkoinen sulkijalihas olisi kokonaan tuhoutunut, hän pysyy silti kuivana, jos rakon kaulan sulkija on vahingoittumaton. (Hellström 2007, 41.)

Miesten virtsankarkailuun ei ole olemassa mitään yksittäistä syytä, mutta siihen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa seuraavat:

- Suurentunut eturauhanen, joka estää virtsankulun. Tämä usein johtaa pakkoinkontinenssiin tai äkilliseen virtsaamistarpeeseen
- Eturauhasleikkaus saattaa väliaikaisesti heikentää tai vaurioittaa lihaksia ja näin johtaa ponnistusinkontinenssiin
- Virtsatietulehdukset saattavat aiheuttaa virtsarakon yliaktiivisuutta
- Hermovauriot, aivovammat tai lääkitys voivat toisinaan estää aivoille lähetetyt virtsaamissignaalit
- Ylipaino saattaa synnyttää ylimääräistä painetta vatsan ja lantionpohjan lihaksiin
- Verenkiertosairauksien virtsaneritystä lisäävät lääkkeet saattavat lisätä virtsankarkailuriskiä

- Diabetes voi johtaa lievään virtsankarkailuun. (Tena 2011a.)

Artikkelissa ” iäkkään miehen virtsankarkailu on huonoennusteinen vaiva ” todetaan, että iäkkään miehen saattaa olla vaikeaa sopeutua virtsainkontinenssiin. Heidän on todettu käyttävän viisi kertaa harvemmin vaippoja virtsankarkailun takia kuin naiset, eivätkä ainakaan suomalaiset iäkkäät miehet käytä virtsankarkailun muita apuvälineitä, kuten keräyspusseja jotka ovat erityisesti miehille suunniteltuja. Samaisessa artikkelissa todetaan, että iäkkään miehen virtsankarkailun hoitamiseen kuluu omaishoitajalta huomattavasti enemmän aikaa kuin vastaavasta vaivasta kärsivän naisen hoitamiseen. (Nuotio 2004.)

Virtsankarkailun luonne olisi syytä selvittää huolellisesti niin, että kaikki mahdolliset leikkaus-toimenpiteet ja muut asiaan vaikuttavat sairaudet sekä lääkitys otetaan huomioon. Lääkärin-tarkastuksessa huomioitavia seikkoja ovat vatsan alueen kasvaimet ja mahdolliset rakkokivet, pullistumat tai kasvaimet, ummetustaipumus, lannerangan hermotus ja muu neurologinen tila. Virtsanäytteen avulla tulee sulkea pois tulehdus ja verivirtsaisuus. Tärkeää on hoitaa mahdolliset infektiot ja sen jälkeen arvioida tilanne uudelleen. (Tena 2011b.) Arvioinnin tulee siis olla kokonaisvaltaista. Tapauksissa, joissa virtsankarkailua ei voida täysin parantaa, tulee edistää potilaan ja hänen läheisensä kykyä sopeutua ongelmaan. Täten voidaan parantaa ikääntyvän väestön elämänlaatua ja kotona asumisen ennustetta. (Nuotio 2004.)

Miehillä esiintyvät virtsainkontinenssityypit ovat pakkoinkontinenssi, ylivuotoinkontinenssi, ponnistusinkontinenssi ja toiminnallinen inkontinenssi. Jälkitippumista ei pidetä varsinaisena inkontinenssin muotona. (Perttilä 2004.)

4.1 Pakkoinkontinenssi

Miesten tavallisin inkontinenssin muoto on pakkoinkontinenssi. Se voi johtua eturauhasen liikakasvun, neurologisten sairauksien esim. aivohalvauksen jälkitilasta tai Parkinsonin taudista. (Hellström 2007, 41.)

Pakkovirtsankarkailun eli urge-inkontinenssin tyypillinen oire on pakonomainen virtsaamisen tarve. Pakonomainen tunne saattaa vahvistua tietyissä tilanteissa esimerkiksi kotimatalla. Pakkovirtsankarkailun yhteydessä puhutaan yleensä yliaktiivisesta rakosta, jolloin rakkolihas supistelee aivan liian aikaisin ja näin pyrkii tyhjentämään rakkoa ennen kuin se on aivan täysi. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 18.) Pakkoinkontinenssin syy on rakkolihasen (detrusorin) yliaktiivinen supistelu. Mikäli on osoittanut jokin neurologinen perussy, puhutaan silloin neurogeenisestä rakon yliaktiivisuudesta, muussa tapauksessa yliaktiivisuus on idiopaattista. (Perttilä 2004.)

Idiopaattisen detrusorin yliaktiivisuuden syynä on yleensä virtsaputken ahtauman aiheuttama lisääntynyt virtausvastus. Ahtauman voi puolestaan aiheuttaa eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu, eturauhassyöpä tai virtsaputken arpikurouma. Krooninen rakkotulehdus, rakkokasvain, rakkokivi ja sädehoito ovat rakkoperäisiä syitä. Inkontinenssin syy voi olla myös psyygeeninen, eikä aina voida osoittaa sille selvää syytä. (Perttilä 2004.)

Neurogeeninen detrusorin yliaktiivisuus liittyy moniin neurologisiin sairauksiin tai vammoihin. Aivoverenkiertohäiriöissä virtsainkontinenssin yleisyys on 50 %, dementiassa 40 %, Parkinsonin taudissa 90 %, MS-taudissa 80 % ja selkäydinvammoissa 80 %. Huomattakoon, että vanhemmissa ikäryhmissä neurogeenisiin syihin liittyy usein myös eturauhasperäiset syyt, mikä taas aiheuttaa hoidollista ja diagnostista ongelmaa. Esimerkkinä voidaan mainita mies, jolla on prostatan hyperplasia sekä Parkinsonin tauti ja jolla ahtauman hoitaminen höyläämällä voi johtaa entistä vaikeampaan virtsankarkailuun, kun viimeinenkin karkailua estänyt ahtauma on poistettu. (Perttilä 2004.)

Pakkoinkontinenssin hoidossa on syytä ensimmäisenä miettiä, voivatko jotkin yksinkertaiset elämäntapamuutokset auttaa:

- Potilasta ohjataan juomaan normaalisti, liika juominen lisää pakottavaa virtsaamisen tarvetta, mutta liiallinen juomisen vähentäminen tekee virtsasta väkevämpää, tämä taas ärsyttää virtsarakkoa ja tekee siitä aktiivisemman
- Kofeiini, alkoholi ja poreilevat juomat lisäävät virtsaamisen tarvetta
- WC:hen pääsy on syytä tehdä helpoksi ja on syytä välttää hankalasti riisuttavia vaatteita
- Virtsarakon uudelleenharjoittamisella pyritään pidättämään virtsaa suurempia määriä pidemmän ajan, mikä vähentää varsinaisten virtsaamiskertojen määrää
- Lantionpohjan lihasharjoituksilla vahvistetaan lantionpohjan lihaksia sekä parannetaan virtsarakon tukea. (Tena 2011c.)

Pakkoinkontinenssin hoidossa tavoitteena on vähentää detrusorin yliaktiivisuutta sekä lisätä rakon toiminnallista tilavuutta. Yleensä tähän pyritään konservatiivisin hoidoin; antikolinergisillä lääkkeillä pyritään hillitsemään detrusorin supistelua. Tarvittaessa potilaalle tehdään myös eturauhasen höyläys (TURP). Rakkokoulutuksella, eli käymällä WC:ssä kellon mukaan virtsaamassa, voidaan vähentää karkailuepisodeja. (Perttilä 2004.)

Mikäli konservatiivisilla hidoilla ei saada aikaan toivottua tulosta, voidaan harkita invasiivisempia hoitoja; distensiolla eli rakon venytyksellä voidaan lisätä rakon tilavuutta. Rakkolihasseen voidaan ruiskuttaa botulinumtoksiini A:ta, jolloin rakkolihas veltostuu ja menettää ohimenevästi supistumiskykynsä. Tämän seurauksena rakko joudutaan tyhjentämään toistokatk-

roinnein. Kutistunutta rakkoa voidaan laajentaa paikalla, joka on eristetty ohut- tai pak-
susuoilesta. Rakko on mahdollista korvata kokonaan suolirakolla tai virtsa voidaan johtaa suo-
lisegmentin avulla avannepussiin. (Perttilä 2004.)

4.2 Ponnistusinkontinenssi

Ponnistusvirtsankarkailulle eli stressi-inkontinenssille tyypillisiä oireita ovat virtsankarkailu
rasituksen yhteydessä silloin kun alavatsaan kohdistuu tavallista suurempi paine. Tällaisia
tilanteita ovat yskiminen, aivastaminen, nauru tai painavan taakan nostaminen. (Schenkmanis
& Ulmsten 2007, 13.) Ponnistusinkontinenssi on miehillä melko harvinainen, sillä miehillä on
vahvempi sulkumeکانismi kuin naisilla. Ponnistusinkontinenssi on yleensä seurausta urologi-
sesta eturauhaseen kohdistuneesta toimenpiteestä, jonka yhteydessä virtsaputken eturauhas-
alueella ja rakon kaulassa oleva sulkumeکانismi on tuhoutunut. (Nieminen 1998, 24.)

Esimerkiksi eturauhasen höyläyksen jälkeen täydellisestä virtsanpidätyskyvyttömyydestä kärsii
potilaista n. 1 % ja eturauhasen radikaalin poistoleikkauksen jälkeen täydellistä virtsainkonti-
nenssia esiintyy alle 5 % potilaista. Ponnistusinkontinenssi, joka liittyy sulkijalihaksen heik-
kouteen voi esiintyä myös selkäsairauksissa, lantion alueen radikaalileikkauksissa (peräsuolen
poisto), lantionmurtumissa sekä neurologisissa sairauksissa. (Hellström 2007, 44.) Ponnistus-
kontinenssille on tyypillistä sen esiintyminen pystyasennossa ollessa, ei makuulla sekä virtsan-
karkailun paheneminen iltaa kohden (Perttilä 2004). Ponnistusinkontinenssissa kuten pakkoin-
kontinenssissakin tulee kiinnittää ensin huomiota elintapoihin, etenkin ruokailu- ja juomatot-
tumuksiin, painon hallintaan ja tupakointiin. Ylipainoisilla vatsan alueen paine on suurempi ja
tupakoitsijat yskivät enemmän, mikä voi lisätä virtsankarkailua. (Tena 2011c.)

Ponnistusinkontinenssin hoidossa korostuu fysioterapian osuus. Lieväasteista ponnistusinkonti-
nenssia hoidetaan noninvasiivisin keinoin kuten harjoittamalla lantionpohjan lihaksia, biopa-
lautehoidolla, sähköärsytyshoidolla, lääkehoidolla sekä käyttäen hoidon apuvälineitä kuten
vaippoja ja ulkoisia virtsankerääjiä. Laihduttaminen on myös osa miesten ponnistusinkonti-
nenssin hoitoa. Mikäli näistä hoidoista ei ole apua, voidaan harkita invasiivisia hoitoja. Virtsan-
putken sulkijaa on mahdollista yrittää tiivistää ruiskutushoidolla, siinä käytettävä aine on
nykyään kollageenia tai silikonista. (Hellström 2007, 44.)Tavoitteena on ahtauttaa virtsaputkea
ja näin estää virtsan valuminen vatsaontelon paineen noustessa (Perttilä 2004). Hoitoja jou-
dutaan kuitenkin uusimaan ja ne ovat kalliita. Haittavaikutuksina ne saattavat aiheuttaa arpi-
suutta ja haitata mahdollisia myöhempiä toimenpiteitä. (Hellström 2007, 44.)

Tehokkain hoito miesten ponnistusinkontinenssissa on kuitenkin keinosulkijan asentaminen.
Leikkauksessa sijoitettava proteesi on 3-osainen. Siinä oleva puristava mansetti asetetaan
virtsaputken ympärille. Virtsarakon viereen vatsaontelon puolelle tulee täyttöpallo ja kives-

pussin ihon alle viedään pumpppu. Proteesissa oleva neste on tavallisesti pumpun venttiiliin säätämänä mansetissa. Silloin kun potilas haluaa virtsata, hän puristaa muutaman kerran pumpppua, tällöin neste siirtyy mansetista täyttöpalloon ja potilaalla on muutama minuutti aikaa virtsata, jonka jälkeen neste siirtyy automaattisesti takaisin mansettiin. Tämäkin hoito on kallis, mutta se on tehokas. Haittavaikutuksina 1-3 % potilaista infektoituu, jolloin koko proteesi joudutaan poistamaan. (Hellström 2007, 44.) Uutena hoitomenetelmänä miehille on sulamaton verkko, joka kiinnitetään perineaalisesti (välilihan kautta) luisen lantion alareunoihin. Verkko litistää virtsaputkea tukkoon altapäin. (Perttilä 2004.)

Biopalautehoidossa potilaalle näytetään hänen alavirtsateissään tapahtuvia muutoksia urodynamiikan menetelmillä. Tämä on mahdollista toteuttaa esimerkiksi tekemällä kystometriaa samalla kun potilas seuraa monitoriin ilmaantuvia rakon paineenmuutoksia tai kuuntelemalla EMG:n äänisignaaleja, jotka syntyvät lantionpohjan lihasten supistuessa. Näin potilas oppii tunnistamaan häiriöt ja vaikuttamaan niihin. Yleensä tarvitaan useita hoitokertoja. Hoito onnistuu parhaiten potilailla, joilla on idiopaattinen virtsaamishäiriö. (Tammela 2002, 65.) Pakkoinkontinenssissa kystometria yhdistetään lantionpohjan lihasaktiviteetin rekisteröintiin. Jännittämällä lantionpohjan lihaksiaan potilas oppii hillitsemään rakkolihaksen supistelua. Ponnistusinkontinenssissa seurataan EMG:n avulla lantionpohjan lihasten supistusta. Mikäli rakon tyhjenemisvaikeuden syynä on puutteellinen lantionpohjan ja sulkijalihaksen rentoutuminen, potilas voi oppia sen EMG-rekisteröinnin avulla. (Tammela 2002, 65.)

EMG-tutkimuksessa käytetään joko neulaelektrodia, joka viedään virtsaputken sulkijalihakseen tai peräaukon kanavaan asetetaan pintaelektrodi, joka mittaa lantionpohjan lihasten elektristä aktiviteettia. Normaalisti rakon täytyessä sulkijan sähköinen aktiviteetti lisääntyy ja loppuu, kun virtsaus alkaa. Rakkolihaksen ja ulkoisen sulkijalihaksen välinen koordinaatiohäiriö aiheuttaa detrusorin ja sfinkterin dyssynergian (lihasten yhteistoimintahäiriö), jossa sulkija ei avaudu virtsaamisen aikana, vaan supistelee paradoksaalisesti ja rentoutuu jälleen rakkokontraktion mentyä ohi. Tämä saa aikaan sen, että virtsasuihku on heikko ja katkeilee. (Tammela 2002, 62.)

Sähköstimulaatiohoitoa käytetään detrusorin idiopaattisen instabiiliuden hoidossa. Siinä johdetaan matalajännitteistä sähkövirtaa lantion seudun kudoksiin, lihaksiin ja hermoihin elektrodilla, jotka on asetettu emättimeen, peräsuoleen, kivespussiin, reiden sisäpinnalle tai ristiluun päälle. Tämän uskotaan vaikuttavan virtsaamisrefleksikaaren inhibitioon. Suunnilleen noin puolet potilaista saa apua oireisiinsa. (Tammela, 2002, 172.)

4.3 Sekamuotoinen virtsankarkailu

Sekamuotoinen virtsankarkailu eli mixed inkontinenssi tarkoittaa, että potilaalla on sekä ponnistus- että pakkovirtsankarkailun oireita (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 18). Tämän virtsankarkailutyypin diagnosointi ja hoito on useimmiten kaikkein vaikeinta. Kun on päädytty siihen tulokseen, että potilas kärsii sekamuotoisesta virtsankarkailusta, on selvítettävä kumpi tyyppi vaivaa potilasta enemmän ja yritettävä hoitaa sitä. Mikäli pakkoinkontinenssi on edennyt pitkälle, on se hoidettava lääkkeellisesti ensin. Jos potilas sen jälkeenkin kärsii ponnistusinkontinenssista, voidaan sen parantamiseksi harkita kirurgista hoitoa. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 44 - 45.)

4.4 Ylivuotoinkontinenssi ja jälkitippuminen

Miesten ylivuotoinkontinenssin aiheuttaja on usein suurentunut eturauhanen, joka estää rakon tyhjentymisen kunnolla. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 22; Hellström 2007, 45.). Ylivuotoinkontinenssissa ylitäyttyneen rakon sisäinen paine ylittää tilapäisesti sulkijan paineen jolloin virtsa pääsee karkaamaan yleensä pieninä kerta-annoksina tihein välein. Ylivuotoinkontinenssiin on lähes poikkeuksetta syynä virtsaputken ahtauman seurauksena kehittynyt krooninen virtsaumpi. Toisinaan syy voi olla myös rakkolihaksen hermotushäiriön aiheuttama detrusorin aliaktiivisuus. (Perttilä 2004.)

Ylivuotoinkontinenssin hoitona käytetään rakon tyhjennystä katetrin avulla. Katetri voidaan asettaa joko virtsaputken kautta tai subrapubisesti eli vatsanpeitteiden läpi. Osalle potilaista soveltuu omatoiminen toistokatetrointi. (Hellström 2007, 45; Perttilä 2004.) Miesten inkontinenssissa ei aina kuitenkaan päästä parantavaan tulokseen, tämä voi johtua potilaan huonosta yleiskunnosta, ko-operaation puutteesta tai sitten epäonnistuneista hidoista. Silloin avuksi tarvitaan vaippoja, ulkoisia virtsankerääjiä tai toistokatetrointia. Kestokatetrointi ei ole suositeltavaa, subrapubinen kystostooma on parempi vaihtoehto. Sekavilla potilailla sen irtoaminen saattaa kuitenkin koitua ongelmaksi. (Hellström 2007, 45.)

Jälkitippumisella tarkoitetaan virtsankarkailua, jossa virtsaa valuu vielä virtsaamisen loputtuakin. Tämä on etenkin keski-ikä ylitäneille miehille hyvin tyypillistä. Jälkitippuminen johtuu virtsaputken elastisuuden vähenemisestä, jolloin virtsaputkeen jäänyt virtsa ei palaudu takaisin virtsarakkoon vaan valuu virtsaamisen jälkeen virtsaputkesta ulos. Jälkitippumisen syynä voi olla myös rakkolihaksen ja sulkijalihaksen huono yhteistoiminta tai eturauhasen liikakasvu. (Nieminen 1998, 28.) Jälkitippuminen aiheuttaa lähinnä hygieenistä haittaa eikä se useimmiten vaadi hoitoa. Rauhaista, tarpeeksi pitkä WC:ssä asiointi sekä virtsaputken puristaminen tyhjäksi virtsaamisen jälkeen vähentävät ongelmaa. (Nieminen 1998, 28.)

Potilasta voidaan myös ohjata tyhjentämään virtsaputkensa painelemalla perineumin aluetta virtsaamisen jälkeen (Salo 2002, 176).

5 Naisten virtsainkontinenssi

Joka viidennellä naisella virtsankarkailu vaikuttaa häiritsevästi jossain vaiheessa elämää. Naisilla virtsainkontinenssi on kolme kertaa yleisempää kuin miehillä. Raskauteen ja synnytykseen liittyvä virtsankarkailu on nuorten naisten ongelma kun taas iäkkäämmillä naisilla ongelma liittyy vaihdevuosiin ja estrogeenituotantoon. (Kurki 2005, 7.)

Kulttuureissa, joissa esim. jooga ja vatsatanssi kuuluvat naisen elämään, lantionpohjan lihakset pysyvät vahvoina ja naisten virtsainkontinenssi on harvinaista. Lantionpohjan muodostavat virtsa- ja sukupuolielinten kannattajalihakset, lantion välipohja ja sulkijalihasjärjestelmä. Jotta naisen virtsanpidätyskyky säilyy, tulee virtsarakon seinämän sileän lihaksiston olla jännevä ja virtsarakon ja virtsaputken tulee olla normaalilla paikallaan. Näin virtsaputken paine on suurempi kuin rakossa oleva paine. Tämän eron tulee säilyä myös rasituksessa. (Eskola & Hytönen 2002, 318 - 319.)

5.1 Naisen lantionpohjan rakenne ja toiminta

Lantio jaetaan kahteen osaan; isoon ja pieneen lantioon. Suoliluiden välissä on isolantio ja pikkulantiota ympäröi istuin-, häpy-, ja ristiluu. Pikkulantion aukkoa peittävät useat lihakset. Lantion takaosassa peräaukon ympärillä on peräaukon kohottajalihas ja ulompi sulkijalihas. Lantion välipohja muodostuu häntäluusta, häpyluusta sekä kohottajalihaksesta. Lantion välipohja auttaa peräsuolen tyhjentymistä ulostamisen yhteydessä. Lihas jatkuu peräaukon kanavan ympärillä ulompana peräaukon sulkijalihasena, joka on voimakas tahdonalainen lihas. Lantion alapohja, joka sijaitsee lantion etuosassa, naisella virtsaputken ja emättimen ympärillä ja miehellä virtsaputken ympärillä, on myös voimakas lihas. Virtsaputken ja emättimen sulkijalihas on tahdonalaisesti säädeltävä lihas. (Leppäluoto ym. 2008, 124.)

Lantionpohjan lihas- ja sidekudosrakenteilla on tärkeä merkitys virtsanpidätyskyvylle. Lantion luustoon kiinnittyy tukeva lihas- ja sidekudoslaatta. Virtsanpidätyksen kannalta tärkein osa on peräaukon kohottajalihaksisto, joka kiinnittyy edessä ja lantion sivulla häpyluuhun, takana rist- ja häntäluuhun ja sivuilla arcus tendineukseen. Mediaalinen häpyluu-häntäluulihas on tärkein kohottajalihaksiston osa virtsanpidätykselle. Lantion sidekudosrakenteen tärkeät osat ovat pubourettraaliset ligamentit, uretropelviset ligamentit sekä puboservikaalinen faskia. Nämä osat kiinnittävät, ympäröivät ja tukevat virtsarakkoa. Sidekudosrakenteet muodostavat ikään kuin ”riippumaton”, jonka päällä virtsarakko on ja jota vasten virtsarakko painuu äkillisissä liikkeissä, kun vatsaontelon paine kasvaa. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 202 - 203.)

Virtsarakon seinämä muodostuu sidekudoskerroksesta, lihaskerroksesta ja välimuotoisesta limakalvosta. Rakossa on erotettavissa pitkittäinen sekä rengasmainen lihaskerros. Naisella ei ole sulkijalihasta rakon kaulassa. Naisen virtsaputken pituus on noin 3-5 cm. Virtsaputken ympärillä on poikkijuovainen lihaskudos, joka on virtsaputken keskikohdalla paksuimmillaan. Tämä poikkijuovainen lihas kykenee pitkään supistukseen ja virtsaputken limakalvonalaisessa kerroksessa on runsas laskimoverkosto. Limakalvoon vaikuttavat estrogeenit. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 203.)

Rakon tyhjenemistä opitaan tahdonalaisesti hillitsemään, katkaisemaan ja käynnistämään. Aivorungossa olevan rakon säätelykeskuksen aktivoituminen saa aikaan virtsaputken avautumisen ja rakkolihaksen supistumisen. Rakon säätelykeskuksen toimintaan vaikuttavat myös pikkuaivot, basaaligangliot, talamus sekä limbinen järjestelmä. Jos säätelykeskus ja sen alapuoliset radat vaurioituvat, aiheutuu rakon tyhjenemishäiriöitä ja rakon kontrolloimattomuutta. Virtsaaamiskeskuksen aikaan saama virtsaamisheijaste välittyy selkäytimen kautta. Jos tämä yhteys katkeaa, rakko tyhjenee epätäydellisesti. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 203.)

5.2 Toimintahäiriöille altistavia tekijöitä naisilla

Satunnaista virtsankarkailua voi esiintyä jossain elämänvaiheessa 25- 50 %:lla naisista. Kun virtsankarkailu on säännöllisesti toistuvaa ja aiheuttaa hygieenistä haittaa, puhutaan virtsainkontinenssista. Ongelman esiintyvyys on useissa tutkimuksissa ollut 5 % synnyttämättömillä, 10 % synnyttäneillä ja noin 10 % 1-3 lasta synnyttäneillä ja noin 15 % 4 tai useampia lapsia synnyttäneillä naisilla. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 205.)

Nuorten naisten virtsankarkailu johtuu useimmiten raskaudesta ja synnytyksestä. Lantionpohjan hermotukseen voi synnytyksessä tulla häiriöitä. Vanhemmilla naisilla virtsankarkailu liittyy vaihdevuosiin ja estrogeenituotantoon. Limakalvot ohenevat ja kollageeni vähenee estrogeenin puutteesta. Elämäntapatekijät vaikuttavat myös virtsankarkailuun. Keskeinen riskitekijä on lihavuus. (Kurki 2005, 11.) Inkontinenssipotilaiden lantionpohjan tukikudosten kollageenin rakennevirhe voi altistaa virtsanpidätyskyvyn häiriöille. Lantionpohjan tukikudoksia rasittavat ja heikentävät myös voimakkaat ja toistuvat vatsaontelon paineen nousut. Tällainen tekijä voi olla esimerkiksi toistuva yskä. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 206.)

Raskausaikana ja synnytyksessä kohtuun ja kohdunkaulaan vaikuttavat hormonit, erityisesti prostaglandiinit. Kohdunkaula muodostuu sidekudoksesta, joka löystyy ja antaa myöden niin, että lapsi pääsee syntymään. Myös urogenitaalielinten sidekudos ja ligamentit eli jänteet löystyvät. Ligamentit kiinnittävät virtsaputken ja emättimen häpyluuhun. Synnytyksessä aiheutuvat vauriot emättimen, virtsaputken tai lantionpohjan lihaksissa saattavat aiheuttaa ponnistusvirtsankarkailua. Siksi on tärkeää, että synnytyksessä mahdollisesti syntyvät vauriot

korjataan. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 14 - 15.) Naisilla lantionpohjan lihasten kunnosta huolehtiminen synnytyksen jälkeen ehkäisee merkittävästi virtsankarkailua. Ummetuksen hoito ja kroonistumisen ehkäisy helpottavat virtsankarkailun oireita. Myös turvotuksiin tulee kiinnittää huomiota etenkin sydänsairauksia potevilla. (Nieminen 1998, 50.)

Merkittävin inkontinenssin riskitekijöistä on ikä. Estrogeenin tuotannon vähenemisen seurauksena elimet menettävät elinvoimaansa ja virtsaputken kyky sulkeutua heikkenee. Iäkkään naisen virtsaputki ei ole tiivis ja limakalvo on ohut ja hauras. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 15 - 17.) Virtsaputken seinämän sidekudos heikkenee ja limakalvonalainen laskimopunos ohenee. Estrogeenierityksen loppuessa virtsaputken epiteeli ohenee ja virtsaputken tiiviys heikkenee. Myös virtsaputken seudun leikkaukset voivat aiheuttaa virtsankarkailua. Iän tuomiin muutoksiin kuuluu rakon seinämän jäykistyminen ja tilavuuden pieneneminen. Tuntohermotus muuttuu ja vasta lähempänä rakon maksimitilavuutta aistitaan rakon täyttyminen ja rakon supistusvoima vähenee. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 206.)

Elämäntapatekijöistä lihavuudella on vaikutusta virtsankarkailun. Ylipaino rasittaa lantionpohjaa. Lisäksi lantionpohjassa saattaa olla rakenteellisia heikkouksia, jotka ylipainon kanssa voivat johtaa virtsankarkailuun. Myös tupakoinnin vaikutuksesta virtsankarkailuun keskustellaan. Ainakin voidaan todeta, että tupakkayskä voi laukaista ponnistusvirtsankarkailun. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 12 - 13.)

Amerikkalaisessa tutkimuksessa todettiin ylipainon vaikuttavan merkittävästi eri inkontinenssimuodoista kärsiviä. Tutkimuksessa oli mukana naisia, joiden BMI vaihteli 25- 45 kg/m² välillä. Tutkimuksen mukaan jo 5 % -10 % painon pudotus vaikutti positiivisesti elämänlaatuun ja vähensi virtsainkontinenssivaivoja merkittävästi. Kuuden kuukauden seurannan jälkeen inkontinenssivaivat olivat vähentyneet 50- 60 % tutkittavilla. Aiemmin painonpudotusta pidettiin merkittävämpänä ponnistusinkontinenssia helpottavana tekijänä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että painonpudotuksesta hyötyvät sekä pakko- että ponnistusinkontinenssista kärsivät. Painonpudotusta voidaan pitää tehokkaana virtsainkontinenssin hoitomuotona niin elämänlaadullisena kuin ehkäisevänä ja taloudellisena tekijänä. (Subak ym. 2006.)

6 Naisten virtsankarkailun tyypit

Naisten virtsankarkailu jaetaan kolmeen päätyyppiin. Yleisin näistä on ponnistusvirtsankarkailu, jossa virtsa karkaa välittömästi ponnistuksen, yskimisen tai nostamisen yhteydessä. Ponnistusvirtsankarkailua esiintyy yleisimmin alle 60-vuotiailla. Pakkovirtsankarkailu esiintyy pakottavana tarpeena virtsata ennen kuin virtsa karkaa. Sekamuotoiseen virtsankarkailuun liittyy sekä ponnistusvirtsankarkailua että pakkovirtsankarkailua. Virtsapakko-oireita esiintyy enemmän vanhemmilla naisilla kuin nuoremmilla. (Aukee 2007, 35.)

6.1 Ponnistusinkontinenssi

Ponnistusinkontinenssissa virtsa karkaa fyysisessä ponnistuksessa ilman virtsapakkotunnetta. Virtsa pääsee karkaamaan, kun vatsaontelon paineen nousu fyysisen ponnistuksen tai liikkeen jälkeen ylittää virtsaputken senhetkisen paineen. Ponnistusinkontinenssi syntyy, kun lantion sidekudos tai lihasheikkous lisääntyy riittävästi tai virtsaputken paine alenee riittävästi. Ponnistusinkontinenssin aiheuttajia ovat synnytykset, ikääntymisen aiheuttama degeneraatio, sidekudoksen laatu ja estrogeenin puutos. Myös synnytys- tai leikkausvaurio, säde- tai lääkehoito voi aiheuttaa ponnistusinkontinenssia. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 206 - 207.)

Ponnistusinkontinenssi on naisilla tavallisin virtsankarkailun syy. Tämä johtuu pääasiassa naisen anatomiasta. Synnyttäminen tukirakenteiden heikkous, raskas fyysinen työ sekä tietyt krooniset sairaudet kuten yskä saattavat vaikuttaa virtsankarkailuun. Ponnistusinkontinenssin aiheuttajana on usein lantionpohjan veltostunut välipohjalihas, jolloin rakon sijainti on muuttunut. Virtsarakko laskeutuu alaspäin aiheuttaen painetta. Virtsankarkailun vaikeusaste vaihtelee suuresti ja joillakin naisilla pienikin ponnistus esimerkiksi tuolilta ylösnouseminen aiheuttaa virtsankarkailua, kun taas joskus vaaditaan kovaa fyysistä ponnistusta. (Nieminen 1998, 24, 28 - 29.)

Ponnistusinkontinenssin hoitomuotoina käytetään lantionpohjan lihasten ohjattua harjoittelua ja konservatiivista hoitoa (Valtonen, Purhonen & Airaksinen 2009, 452). Vaihdevuosien jälkeen estrogeenihoidolla voidaan saada subjektiivista hyötyä ponnistusinkontinenssin hoitoon (Ylikorkala ym. 2006, 211). Ponnistusinkontinenssin hoitona tulee välttää liiallista ponnistelua. Ylipainon vaikutus ponnistusinkontinenssiin on huomattava. Ylipainon vähentyminen vaikuttaa positiivisesti virtsaputken kohdistuvaan paineen alenemiseen ja näin ollen virtsaputken sulku mekanismin toimintakykyyn. Raskauden ja synnytyksen aiheuttamat lantionpohjan muutokset vaikuttavat naisilla virtsanpidätyskykyyn. Ponnistusinkontinenssin ensisijainen hoitomuoto on lantionpohjan lihaksiston harjoittaminen. Lantionpohjan lihaksisto tukee virtsaputkea ponnistusten yhteydessä. Fysioterapeutti tai uroterapeutti ohjaa lantionpohjan lihasharjoittelussa. Ponnistusinkontinenssin hoitoon voidaan käyttää myös emätinkuulia tehostamaan lantionpohjan lihaksiston toimintaa. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 30 - 32.)

Biopalautehoitoa käytetään tutkimaan lantionseudun lihaksiston supistuvuutta. Tällöin emättimeen voidaan asettaa anturi joka mittaa supistuksen voimakkuutta. Tällä tavoin voidaan myös antaa sähköstimulaatiohoitoa tehostamaan lantionpohjan lihaksiston harjoittelua. Lantionpohjan lihaksiston harjoituksia tulee jatkaa kotona säännöllisesti ja riittävän kauan. Harjoittelun tehokkuutta arvioidaan fysioterapeutin/uroterapeutin toimesta. Hoidon tehokkuus on parhaimmillaan lievissä tai keskivaikeissa tapauksissa. (Schenkmanis & Ulmsten, 2007, 31-32.)

Toisena hoitomuotona käytetään tuloksellisesti lääkehoitoa (Liite 1). Lääkehoidolla pyritään parantamaan virtsaputken sulkumekanismia ja supistamaan virtsaputken lihaksia. Lääkehoidon huonona puolena ovat niiden lyhytvaikutteisuus ja erilaiset haittavaikutukset. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 32 - 33.)

lääkille potilaille on hoitona käytetty myös estrogeenivalmisteita (Liite 1). Estrogeenituotanto vähenee ikääntyessä ja valmisteilla pystytään osittain korvaamaan puutos. Estrogeenin tarkoituksena on pitää limakalvot elinvoimaisina. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 33.)

Aina yllä olevista hoidoista ei saada tarvittavaa apua ja joudutaan turvautumaan kirurgiseen hoitoon. Kirurgisia hoitotapoja on erilaisia ja toimenpide suoritetaan virtsankarkailun asteen mukaan. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 34 - 38.)

6.2 Pakkoinkontinenssi

Pakkoinkontinenssi tarkoittaa pakottavaa virtsaamisen tarvetta, jota seuraa virtsan karkaaminen. Kun virtsaamiskeskukseen tuleva ärsykemäärä ylittää kyvyn tahdonalaisesti estää virtsaamisheijasteen syntyminen tai kun hermotoiminta on häiriintynyt, syntyy pakkoinkontinenssi. Virtsaputki avautuu ja rakkolihas supistuu ja virtsa karkaa. Pakkoinkontinenssi syntyy, kun ärsyketaso kohoaa tai virtsaamisheijasteen esto heikkenee. Pakkoinkontinenssin aiheuttajia ovat limakalvoatrofia, nopea rakon täyttyminen, psykosomaattiset tekijät, infektiot ja kasvaimet tai rakon seinämän sairaus. (Ylikorkala & Kauppila 2006, 207.)

Tyypillisimpiä oireita pakkoinkontinenssissa ovat suuren virtsamäärän aiheuttamat painomainen rakon tyhjeneminen, virtsasuihkon keskeyttämisen vaikeus, tiheä virtsaamistarve päivin ja öin sekä fyysiseen ja psyykkiseen rasitukseen liittyvät virtsaamispakon tunteet. Oirekuva voi olla vaihteleva. Osalla naisista ongelma voi olla jatkuva, mutta oireettomiakin jaksoja voi esiintyä. Pakkoinkontinenssissa virtsarakon sijainti on normaali. (Nieminen 1998, 25, 29-30.)

Pakkoinkontinenssi johtuu rakkolihaksen toiminnasta aiheuttaen supistuksia jo ennen rakon täyttymistä kunnolla. Pakkoinkontinenssin hoitona ei yleensä käytetä leikkaushoitoa vaan rakkokoulutusta. Rakkokoulutuksessa potilasta opetetaan viivästäämään wc-käyntejä ja vastustamaan virtsaamispakkoa. Apuna voidaan käyttää virtsaamispäiväkirjaa (Liite 2). Virtsaamispäiväkirjan avulla voidaan kartoittaa ongelmallisimmiksi osoittautuneet ajankohdat tai pyrkiä tyhjentämään rakko tietyin kellonajoin. Juomistavoilla voidaan vaikuttaa myös oleellisesti virtsankarkailuun. Myös pakkoinkontinenssin hoitona voidaan käyttää aiemmin mainittua sähköhoitoa. Pakkoinkontinenssin lääkehoitona käytetään antikolinergisiä lääkevalmisteita.

Näillä on tarkoitus vaimentaa yliaktiivisuutta rentouttaen rakkolihasta (Liite 1). (Valtonen ym. 2009, 452; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 42 - 44.)

6.3 Sekamuotoinen inkontinenssi

Samalla henkilöllä voi olla sekä ponnistus- että pakkoinkontinenssia. Tästä käytetään nimitystä sekamuotoinen inkontinenssi. Syntymekanismeina vaikuttavat molempien tyyppien mekaniemit yhdessä. Sekamuotoista inkontinenssia ilmenee naisilla erityisesti vaihdevuosisien jälkeen. Tällöin yhdistyy rakon venyvyyden ja tilavuuden vähetessä myös hermostollisia oireita. Sekamuotoisessa inkontinenssissa yhdistyy lantionpohjan välipohjalihaksen veltostuminen ja rakon sijainnin muuttuminen alemmaksi. (Nieminen 1998, 25 - 26.)

Sekamuotoisen inkontinenssin hoitona käytetään lantionpohjan lihasten harjoittelua lääkehoitoa ja sähköstimulaatiota (Aukee 2007, 37). Sekamuotoinen inkontinenssi sisältää sekä ponnistus- että pakkoinkontinenssin oireita. Sekamuotoinen inkontinenssi on vaikein diagnosoida ja hoitaa. Tällöin hoidoksi valitaan sen inkontinenssityypin hoitolinja mikä eniten potilasta vai-vaa. Yleensä pakkoinkontinenssin pitkälle edenneet oireet hoidetaan ensin ja sitten turvaututaan mahdollisiin kirurgisiin toimenpiteisiin. Kirurginen hoito yksinään on harvoin tehokas hoitomuoto sekamuotoisessa inkontinenssissa vaan joudutaan vielä lisäksi turvautumaan lääkehoitoon. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 44 - 45.)

6.4 Ylivuotoinkontinenssi

Ylivuotoinkontinenssiin liittyy virtsan karkailu ilman rakkoliuksen supistumista. Tämän aiheuttaa ylivenynyt virtsarakko. Kun rakon paine kasvaa suuremmaksi kuin sulkulihaksen paine, rakko tyhjenee. Virtsankarkailun aste vaihtelee vähäisestä tiputtelusta aina pakko- tai ponnistusinkontinenssin tapaisiin oireisiin. Naisilla ylivuotoinkontinenssin aiheuttajia voivat olla lantionpohjan elinten prolapsit. (Nieminen 1998, 26 - 27.) Naisella ylivuotoinkontinenssin aiheuttajia voivat olla myös runsas antikolinerginen lääkitys tai neurologinen sairaus. (Ylikorkala & Kauppinen 2006, 208.) Ylivuotoinkontinenssin hoitona käytetään katetointia ja leikkaushoitoa (Aukee 2007, 37).

7 Ikäihmisten virtsainkontinenssista

International Continence Society on määritellyt virtsainkontinenssin seuraavasti: virtsankarkailulla tarkoitetaan sellaista tahatonta virtsaputken kautta tapahtuvaa karkailua, joka on objektiivisesti osoitettavissa ja joka aiheuttaa sosiaalista, psyykkistä ja hygieenistä haittaa. (Nieminen 1998, 7.)

Useissa eri tutkimuksissa on todettu iän merkitys inkontinenssin yleisyydessä. Useimmissa tutkimuksissa ikääntyneen rakon toiminnassa on tapahtunut muutoksia. Virtsainkontinenssi on yleistä maailmanlaajuisesti ja siinä näkyy vaihtelua eri maitten välillä. Miljoonat ihmiset Euroopassa kärsivät inkontinenssista. Inkontinenssin yleisyys ja ikään sidonnaisuus näkyy tutkimuksissa. Iän myötä inkontinenssin määrä kasvaa. Inkontinenssin esiintyvyys nousee usein keski-ikässä ja kasvaa siitä tasaisesti iän karttuessa. Ponnistusinkontinenssi todettiin yleisimmäksi muodoksi, mutta sekamuotoinen lisääntyy iän karttuessa. (Hunskar ym. 2003; Nuotio, Jylhä, Luukkaala & Tammela 2002; Jackson ym. 2004; Irwin ym. 2006.)

Virtsainkontinenssi eli tahaton virtsankarkailu on merkittävä, erityisesti iäkkäämmän väestön terveysongelma. Sillä on negatiivinen vaikutus ihmisen elämänlaatuun, se vaikeuttaa sekä työn tekemistä että harrastamista. Virtsakarkailusta kärsivä ihminen eristäytyy helposti ja tuntee häpeän tunteita, itsesyytöksiä ja masentuu herkästi. Virtsankarkailu on hyvin yleinen ongelma, silti se pyritään salaamaan sekä omaisilta että hoitohenkilökunnalta. (Nieminen 1998, 7.) Virtsainkontinenssi on myös merkittävä yhteiskunnallinen terveysongelma, josta kärsii arviolta noin 5-8 % koko väestöstä. Suomalaisista yli 40-vuotiaista 16 % eli yli 400 000 ihmistä kärsii virtsankarkailusta. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 11.)

Virtsankarkailulla on merkittäviä vaikutuksia yksilön, perheen ja muiden hoitoyhteisöjen sekä yhteiskunnan kannalta. Virtsainkontinenssi heikentää ikäihmisten sekä heidän läheistensä elämänlaatua ja aiheuttaa huomattavia kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle erityisesti pitkäaikaisen laitoshoidon ja inkontinenssin apuvälineiden kautta. Lisäkustannuksia aiheuttavat myös sen hoidon komplikaatiot, kuten esimerkiksi iho-ongelmat ja infektiot. (Nuotio 2007, 47.)

Ikäihmisten inkontinenssi jää kuitenkin usein vähälle huomiolle, he itse sekä heidän läheisensä usein pitävät virtsainkontinenssia luonnollisena ikääntymiseen liittyvänä vaivana. Vastaanotto- ja hoitotilanteissa potilaat usein vähättelevät vaivaansa tai häpeävät sitä. (Nuotio 2007, 47.) Virtsankarkailu ei kuitenkaan kuulu normaaliin vanhenemiseen, joten sen syy tulisi aina pyrkiä selvittämään (Nieminen 1998, 20).

Ikäihmisten inkontinenssi on jokseenkin huonoennusteinen; siihen liittyy pitkittyneet sairaalajaksot ja jopa mahdollisesti laitoshoitoon joutumisen vaara. Pakkoinkontinenssin on huomattu lisäävän kaatumisten ja luunmurtumien riskiä. Yleisesti naiset kärsivät virtsainkontinenssista miehiä useammin, mutta iäkkäiden miesten inkontinenssi on ennusteeltaan huono, sillä he joutuvat pitkäaikaiseen laitoshoitoon inkontinenssin vuoksi naisia useammin. (Nuotio 2007, 47.)

Virtsainkontinenssi on tutkimusten mukaan alidiagnosoitu ja alihoidettu vaiva. Inkontinenssin vaikutukset elämänlaatua heikentävänä tekijänä ovat merkittävät. Hyväkuntoisilla aktiivisilla ikääntyneillä tehty tutkimus osoittaa hyvin inkontinenssin vaikutuksia elämänlaatuun.

Tässä tutkimuksessa oli mukana 70- 79 -vuotiaita miehiä ja naisia, jotka kuvailivat vointiaan sanoilla erittäin hyvä ja hyvä. Tutkimuksessa otettiin huomioon ikä, paino, synnyttäneisyys ja krooniset sairaudet. Tutkimus toi esille keuhkohtaumataudin (COPD) ja reumasairauksien yhteydet virtsainkontinenssiin. Tutkimuksissa myös todennettiin korkean BMI:n ja viskeraalisen rasvan osuus inkontinenssin yleisyydessä. Pakko- ja ponnistusinkontinenssin yleisyydessä ei juuri todettu eroa, molempien esiintyvyys vaihteli 35- 40 % välillä yli 70 - vuotiailla. Sekamuotoista inkontinenssia esiintyi vajaat 15 %. Insuliinihoitoisen diabeteksen, masennuksen, iän ja huonon fysiikan todettiin vaikuttavan erityisesti ponnistusinkontinenssiin. (Jackson ym. 2004.)

Sekamuotoisen inkontinenssin yleisyyden todettiin lisääntyvän iän myötä. Naisilla inkontinenssiin vaikuttavat hormonaaliset muutokset vaihdevuosien aikaan ja vähentynyt fyysinen aktiivisuus iän myötä. (Hunskar ym., 2003.) Vaihdevuosina käytetyn estrogeenilääkityksen hyödyistä ei tämän tutkimuksen mukaan ole tarkkaa selvyyttä. Estrogeenin vaikutuksista on saatu ristiriitaista tutkimustietoa. (Jackson, ym., 2004.)

Vanhusten inkontinenssiin liittyy usein monia samanaikaisia syitä ja taustatekijöitä. Niitä voivat olla muutokset alavirtsateissä ja niitä ympäröivissä rakenteissa tai muutokset virtsan erityksen säätelyssä. Lisäksi useat perussairaudet sekä niiden oireet, heikentynyt toimintakyky ja lääkeaineiden haittavaikutukset ovat usein inkontinenssin syynä. (Nuotio 2007, 48; Kiilholma & Päiväranta 2007, 18.) Vanhuksilla virtsankarkailuun vaikuttaa kokonaisvaltaisesti vanhuksen elämäntilanne. Virtsankarkailua ei voida tarkastella vain lääketieteelliseltä näkökannalta. Virtsankarkailun taustatekijät tulisi selvittää mahdollisimman tarkasti ja monipuolisesti. Tarkastelussa tulisi huomioida vaivan psykososiaaliset seikat. Vanhuksen elämänlaadun ja elämäntapojen muutokset tuovat mukanaan psyykkisiä paineita jotka taas osaltaan voivat edesauttaa inkontinenssin syntyä. Somaattisen sairauden yhteydessä puhjenneessa inkontinenssissa tulisi huomioida myös vanhuksen psyykkinen tila. Masennus ja regressio lisäävät huomattavasti virtsankarkailua. Elämänhallinnan muutokset johtavat helposti kiinnostuksen menettämiseen omasta itsestään ja ympäristöstään. Virtsankarkailuun liittyy helposti kovaa häpeän ja oman kehon hallitsemattomuuden tunnetta. Tämän vuoksi huolenpito, ohjaaminen ja neuvonta ovat virtsankarkailun yhteydessä tärkeää. (Nieminen 1998, 35.)

Erilaiset suuret elämänmuutokset vaikuttavat vanhuksen mielialaan. Laitoshoidon on yksi suurimmista muutoksista, jotka tuovat pelkoa ja epävarmuutta elämään. Virtsankarkailusta kärsivän vanhuksen hoitoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota, jotta mahdollistettaisiin helppo pääsy wc:hen ja varmistettaisiin myös vaatetuksen osuus asiaan. Vaatetuksessa tulisi huomioida niiden helppo riisuttavuus. Vaatteiden tulisi olla myös riittävän väljät ja helposti pestä-

vät ja mukavat pitää yllä. Vanhuksilla virtsankarkailuun liittyy useasti samanaikaissairastavuutta. Erilaiset sairaudet kuten aivohalvaus, dementia, depressio ja diabetes altistavat virtsankarkailulle. (Nieminen 1998, 35 - 37, 118.)

Inkontinenssi johtaa useissa tapauksissa ennenaikaiseen laitoshoitoon, joten se on myös kuntatalouden kannalta merkittävä asia. Kuntien teettämien selvitysten mukaan kastelu on ollut ja on edelleen oire, jonka ilmaantuminen johtaa ihmisten siirtymistä raskaampaan ja kunnalle kalliimpaan hoitomuotoon. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 16.) Hoitamaton ja hallitsematon inkontinenssi voi edistää laitoshoitoon joutumista (Vallejo Medina ym. 2006, 211).

Tampereella 2000-luvun alkupuolella havaittiin kuntatalouden näkökulmasta tilanne, jossa kastelu koettiin ongelmallisena kotihoidossa ja asumispalveluissa. Ratkaisuksi kotihoidon ongelmaan tarjottiin asukkaalle paikkaa palvelutalosta. Palvelutaloissa kastelun lisääntyä niin, että tarvittiin jatkuvaa huolenpitoa, ratkaisuna ehdotettiin siirtymistä seuraavaan palvelukokonaisuuteen, jossa oli tarjolla enemmän huolenpitoa. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 17.)

Stach-Lempisen tutkimuksessa (2004, 30 - 31) todetaan urogynekologisessa kirjallisuudessa jo 1970 luvulla ehdotetun, että tietyillä psykiatrisilla sairauksilla ja virtsainkontinenssilla olisi yhteyttä toisiinsa, mutta tällöin ei kyseisten sairauksien välistä suhdetta kuitenkaan kyetty täysin ymmärtämään. Tutkija toteaa kuitenkin, että masennuksen ja virtsainkontinenssin välinen yhteys vaihteli voimakkaasti riippuen tutkimusmenetelmistä. Tutkimuksissa huomattiin kuitenkin, että alttiutta masennukseen tai masennusta esiintyi pakko- ja sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivillä enemmän kuin ponnistusinkontinenssista kärsivillä. Uuden oletuksen mukaan pakkoinkontinenssilla ja masennuksella olisi yhteinen neurokemiallinen syntymekanismi.

Stach-Lempisen (2004, 34) tutkimuksen yleisenä tavoitteena oli arvioida kolmen erilaisen elämänlaatumittarin toimivuutta inkontinenssista kärsivillä naisilla. Tutkimuksen tarkoituksena oli mitata näiden naisten elämänlaatua, selvittää siihen liittyviä tekijöitä sekä tutkia hoidon vaikuttavuutta elämänlaatuun. Tutkimukseen osallistui kaksi naisryhmää, joissa potilaiden keski-ikä oli 52.1 vuotta ja kontrolliryhmän 55 vuotta. (Stach-Lempinen 2004, 44 - 45).

Tutkimuksessa todettiin, että kroonisten sairauksien elämänlaatua vähentävä merkitys on jopa pienempi kuin virtsankarkailulla ja pakko- tai sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatu oli huomattavasti huonompi kuin ponnistusinkontinenssista kärsivien. Koetulla terveydentilalla ja virtsankarkailun vaikeusasteella ei objektiivisesti mitattuna todettu olevan yhteyttä toisiinsa. Tutkituilla inkontinenssista kärsivillä naisilla oli normaaliväestöä enemmän vakavaa masennusta ja masennuksen asteella sekä koetulla virtsainkontinenssin haitta-asteella oli selvä yhteys toisiinsa. Ponnistusvirtsankarkailupotilailla oli vakavaa masen-

nusta 17.5 %:lla ja pakko- tai sekamuotoista virtsankarkailua sairastavilla oli vakavaa masennusta 44 %:lla. Tuloksien perusteella voidaan ajatella, että masennuksella ja pakkovirtsankarkailulla saattaa olla jossain määrin yhteinen syntymekanismi. Inkontinenssilla eikä sen hoitotuloksilla todettu olevan vaikutusta liikunnallisuuteen. Vuoden kuluttua hoidoista ne, jotka olivat liikkuneet aikaisemminkin, jatkoivat liikuntaharrastuksiaan. Inkontinenssin paranemisesta huolimatta ne, jotka olivat olleet passiivisia liikunnan suhteen, olivat sitä edelleen. (Stach-Lempinen 2004, 69 – 70)

Ponnistusinkontinenssista kärsivien elämänlaatu parani hoidolla normaalitasolle, mutta pakko- tai sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatu jäi selkeästi huonommalle tasolle. Tulevaisuuden haasteena onkin pakkoinkontinenssin hoitotuloksien parantaminen. Ponnistusvirtsankarkailusta kärsivien leikkaushoito erikoissairaanhoidon tasolla ennusti parempaa elämänlaatua kuin ohjattu fysioterapia. (Stach-Lempinen 2004, 69 – 70.)

8 Ikäihmisten virtsainkontinenssin erityispiirteitä

Fyysiset vanhenemismuutokset altistavat virtsainkontinenssille, mutta eivät aiheuta sitä (Vallejo Medina ym. 2006, 211). Iäkkäiden miesten tärkein alavirtsateiden muutos on eturauhasen liikakasvu, mikä aiheuttaa virtsasuihkun ja virtsarakon tyhjentymisen heikkenemistä. Naisilla taas vähentynyt estrogeenieritys voi johtaa urogenitaalialueen limakalvojen haurastumiseen, johon voi liittyä virtsaamisvaivoja. Molemmilla sukupuolilla rakkolihaksen yliaktiivisuus lisääntyy, mutta rakon supistumiskyky heikkenee. Näin ollen virtsarakon toiminnallinen tilavuus pienenee ja residuaali- eli jäännösvirtsan määrä kasvaa. Öiseen aikaan erittyvän virtsan määrä lisääntyy ja tämä altistaa vanhuksen yövirtsaamiselle sekä yölliselle virtsainkontinenssille. (Nuotio 2007, 48.) Unen häiriintymistä voi esiintyä kaikissa niissä iäkkäiden sairauksissa, joihin liittyy virtsanerityksen tai virtsaamisen ongelmia (Vallejo Medina ym. 2006, 115).

Ikääntymiseen liittyvät neurologiset sairaudet, kuten aivoverenkiertohäiriöt, dementoivat aivosairaudet sekä Parkinsonin tauti saattavat olla virtsainkontinenssin taustalla. Tyypin 2 diabetes on ilmeinen inkontinenssin riskitekijä. Tilat, joihin liittyy turvotuksia kuten esimerkiksi sydämen vajaatoiminta saattavat altistaa yöllisen virtsan erityksen lisääntymiseen ja tätä kautta virtsainkontinenssiin. Yskä, kroonisiin keuhkosairauksiin liittyen voi heikentää virtsanpidätyskykyä. Mikäli virtsainkontinenssi ilmaantuu uutena tai vanha vaiva pahenee, saattaa taustalla olla virtsatieinfektio. Oireettomana se ei kuitenkaan edellytä antibioottihoidoa. Heikentynyt liikuntakyky aiheuttaa vaikeutta ehtiä ajoissa WC:hen ja aiheuttaa tätä kautta inkontinenssia. (Nuotio 2007, 48 – 49.)

Ummetuksesta kärsivät ovat kaksin- tai jopa nelinkertaisessa riskissä kärsiä inkontinenssista sekä muista virtsavaivoista (Nuotio 2007, 48). Ummetus on ikääntyneillä hyvin yleinen vaiva ja

sen taustalla voivat olla sairaudet, vähäinen liikunta, riittämätön nesteiden saanti, lääkitys sekä vähäkuituinen ravinto (Soini 2009, 197). Inkontinenssin ehkäiseminen ja hoitaminen vaativat myös ummetuksen ehkäisemistä ja hoitoa (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 41).

Vaippojen ja alusastian sijaan tulee suosia wc-käyntejä, koska luonnollisessa tilanteessa ja asennossa rakon tyhjentäminen onnistuu paremmin. Kun avustetaan wc-käynneissä, tulisi tilanteen olla kiireetön ja rauhallinen. Toisinaan muistuttelulla tai johdattelulla kyetään säilyttämään ikääntyneen itsenäistä toimintakykyä hygienian hoidossa kauemmin, kuin väärin ajoitetulla ja mitoitettulla avulla. Apua tulisi antaa tarvittaessa tai ikääntyneen sitä pyytäessä. (Järnstedt ym. 2009, 45.) Hoitokodeissa ja sairaaloissa tulee turvata potilaan virtsaamis- ja ulostamistapahtumien yksityisyys, mutta kuitenkin tarvittaessa avustaa viipymättä. Oikea-aikaisella ja oikein mitoitettulla avulla ylläpidetään toimintakykyä ja mahdollistetaan ihmisarvoinen vanhuus. (Nuotio 2008, 186.)

8.1 Virtsankarkailu ja dementia

Normaalin virtsanpidätyskyvyn edellytyksenä ovat terveet virtsatiet, terve hormonitoiminta ja tahdonalaisten virtsaamistoimintojen edellyttämä aivotoiminta. Dementoituneella tämä monimutkainen järjestelmä on häiriintynyt. (Nieminen 1998, 118.) Dementoituneilla virtsainkontinenssi onkin yleisempää kuin ei-dementoituneilla (Nuotio 2007, 49). Dementiaa sairastavalla virtsankarkailuun vaikuttavat ja yhdistyvät usein sekavuus, muistiongelmien ja useasti myös masennus. Dementiaa sairastavalle henkilölle tuottaa vaikeuksia wc:hen pääsy ja vaatteiden riisuminen ja oman henkilökohtaisen hygienian hoito. Tilanteeseen vaikuttaa myös missä vaiheessa dementia on, onko se lievässä vaiheessa vai keskivaikeassa. Usein siirryttäessä kotihoidosta laitoshoitoon virtsankarkailun ongelma pahenee joksikin aikaa ympäristön muutoksen vuoksi. Tämän vuoksi dementiaa sairastavaa tulee aktiivisesti ohjata ja tarjota huolenpitoa paremman hoitotuloksen saavuttamiseksi. (Nieminen 1998, 119 - 120.)

Lievässä tai keskivaikeassa dementiassa ei kuitenkaan välttämättä esiinny inkontinenssia ja liikuntakykyisillä dementikoilla on yleensä pidätyskykyä jäljellä. Mitä vaikeampi on dementian aste, sitä yleisempää inkontinenssi on ja dementian loppuvaiheessa se on täysin tiedostamaton. On kuitenkin hyvä muistaa dementiapotilaan muut mahdolliset virtsainkontinenssin syyt, eikä tulkita oiretta vain dementiasairauteen liittyväksi. Kuitenkin esimerkiksi verisuoniperäisessä- ja otsalohkodementiassa virtsainkontinenssi voi olla varhainen oire ja siksi se on diagnostisesti tärkeä vihje. (Nuotio 2007, 49.)

Dementia voi aiheuttaa aivojen otsalohkossa solukatoa, jonka seurauksena virtsaamista jarruttava säätely häiriintyy ja tästä seuraa pakkoinkontinenssia. Aivojen kuoriosaan kohdistuvan

solukadon seurauksena heikkenee aivojen kyky ottaa vastaan viestejä virtsarakosta sekä antaa käskyjä virtsaamiseen liittyvistä toiminnoista. (Nieminen 1998, 118.) Virtsainkontinenssi lisää käytöshäiriöiden ohella dementiapotilaiden laitostumisen riskiä, koska ne kuormittavat omaishoitajaa (Nuotio 2007, 49).

8.2 Ylivuotoinkontinenssi ikääntyneellä

Sekä miehillä että naisilla virtsarakon tyhjenemisvaikeudet lisääntyvät iän myötä. Erityisesti tämä on kuitenkin miesten ongelma eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun myötä. Virtsarakon tyhjenemisvaikeuksia voi liittyä myös rappeuttaviin selkäsairauksiin ja 2 tyypin diabetekseen. Naisten ongelmat liittyvät gynekologisiin syihin, kuten erilaisiin laskeumiin. Ikäihmisten ylivuotoinkontinenssin taustalla voi olla myös antikolinergivaikutusta sisältävät psyykenlääkkeet jotka lamaavat virtsarakkoa. Tällaisia ovat esimerkiksi ns. vanhan polven psykoosi- ja masennuslääkkeet sekä keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet, rauhoittavat ja unilääkkeet. Nesteenpoistolääkkeet voivat myös pahentaa virtsainkontinenssia jo vaikutustapansakin takia. (Nuotio 2007, 49.)

8.3 Toiminnallinen virtsankarkailu eli arkkitehtoninen virtsankarkailu

Arkkitehtonisella inkontinenssilla tarkoitetaan ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat inkontinenssiin. Esimerkkinä voidaan mainita muistihäiriöinen, joka ei aina välttämättä löydä WC:hen tai WC saattaa olla kaukana, jolloin sinne ei aina ehditä ajoissa. Ratkaisuna näihin ongelmiin voivat olla erilaiset tunnistimet ja tuet sekä WC-tuolin ottaminen käyttöön ja yövalon asentaminen. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 23.)

Tämä vaiva liittyy olennaisesti olosuhteisiin sekä potilaan terveydelliseen kokonaistilanteeseen. Liikuntarajoitteisen, huonokuntoisen tai sekavan potilaan on vaikeaa ennättää ajoissa WC:hen heikoissa olosuhteissa. Hyvänä esimerkkinä tästä on tilanne, jossa vanhus on muuttanut palvelutaloon, jolloin huoneratkaisut ovat uudet ja reitti WC:hen ei ole tuttu, tällöin WC:hen pääsyn viive käy liian pitkäksi ja se johtaa virtsankarkaamiseen. (Perttilä 2004.) Tällaisissa tapauksissa omaiset ja henkilökunta tekevät usein hätiköidyn virtsankarkailu diagnossin, vaikka ongelman aiheuttaa heikot /uudet olosuhteet. (Nieminen 1998, 28).

Ikäihmisten liikkumiskyky on usein heikentynyt, joten heille tulisi turvata esteetön ja turvallinen kulku WC:hen apuvälinein ja muutostöin. Heidät tulisi myös aina auttaa WC:hen kun he sitä pyytävät. (Nuotio 2007, 51.) Erityisesti dementoituvien hoidossa käytetään itsenäisen ja vapaan liikkumisen estämiseen fyysistä rajoittamista. Fyysisten rajoitteiden käytöstä on psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä haittaa, koska se aiheuttaa liikkumattomuutta, inkontinens-

sia, painehaavoja sekä altistaa infektioille. Fyysinen rajoittaminen altistaa ikääntyneen laitostumiselle. (Saarnio & Isola 2009, 272.)

8.4 Vuode- ja vaippainkontinenssi

Tämä inkontinenssimuoto on hoidolla aiheutettu virtsanpidätyskyvyttömyys, joka on erityisesti laitoshoidossa olevien vanhusten ongelma. Ongelma syntyy, kun vanhusta ei auteta WC:hen tai portatiiville riittävän usein vaan hänelle laitetaan vaipat. Akuutissa sairaustilanteessa ilmenevää virtsanpidätyskyvyttömyyttä pidetään pitkäaikaisongelmana. Ikäihmisellä jo pelkkä vieraaseen ympäristöön, esim. sairaalaan joutuminen, voi aiheuttaa tilapäistä virtsanpidätyskyvyttömyyttä. Voidaan jopa ajatella niin, ettei vanhusta kannata viedä WC:hen, koska hänellä on vaipat. Tämä heikentää lantionpohjan lihaksistoa ja lisää jäännösvirtsan määrää. Lisäksi se aiheuttaa virtsatieinfektioita ja lopulta todellisen virtsainkontinenssin. (Vallejo Medina ym. 2006, 212 - 213.)

9 Virtsainkontinenssin ehkäisy ikäihmisillä

Vanhusten virtsanpidätyskyvyttömyyden tärkein ehkäisykeino on toimintakyvyn ja liikuntakyvyn ylläpitäminen. Liikunnalla vahvistetaan lantionpojan lihaksistoa ja pystyasento vähentää jäännösvirtsan määrää. Lisäksi naisilla vaihdevuosien estrogeenihoito ja lantionpohjan lihaksiston harjoittaminen ehkäisevät virtsainkontinenssin syntyä. Myös ikääntyneenä aktiivinen voimistelu parantaa pidätyskykyä. Tärkeää on myös huomioida ummetuksen hoito virtsainkontinenssin ehkäisyssä. (Vallejo Medina ym. 2006, 214.)

Sairaanhoitaja- lehden artikkelissa ” Pääosassa on vessakäynti” kerrotaan Kustaankartanon vanhainkodin INKO-INTO- projektista, jossa perehdyttiin asukkaiden inkontinenssiin ja pohdittiin sen yleisyyttä. Hoitotyön asiantuntija Heidi Lehtosen mukaan RAI (Resident Assessment Instrument) tilastoissa ilmeni korkeat inkontinenssiluvut. Useat kansainväliset tutkimukset osoittavat, että säännölliset WC- käynnit vähentävät ratkaisevasti inkontinenssia. Tammikuussa 2010 Kustaankartanon kolmella osastolla käynnistyi INKO-INTO- projekti. Mukaan valittiin 24 asukasta, joiden fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky oli niin hyvä, että pidätyskyvyn parantamista yksilöllisin keinoin heidän kohdallaan pidettiin mahdollisena. Jokaiselle asukkaalle laadittiin yksilöllinen hoitosuunnitelma koskien WC-käyntejä. Yleensä WC-käynnit suunniteltiin ruokailujen yhteyteen. Osa asukkaista selviytyi itsenäisesti WC-käynnistä ja käytti inkontinenssisuojia ja osa asukkaista tarvitsi apua WC-käynteihin. Projektin päätyttyä elokuussa mukana olleista 23 asukkaasta 19:n inkontinenssisuojien tarve oli vähentynyt ja osa selviytyi kokonaan ilman suojia. (Miettinen 2011, 34 - 36.)

Käytäntö on jäänyt ja muuttanut asenteita niin, että hoitajat puhuvat vessassa käymisestä vaipan vaihdon ja kuivituksen sijaan. Käytännön muuttaminen aiheutti vastarintaa myös asukkaiden keskuudessa. Yllättäen suurin vastustus tuli omatoimisilta asukkailta. Totuttujen tapojen muuttaminen tuo mukanaan helposti turvattomuutta. ”Vessaprojektin” vieminen käytäntöön tapahtui omahoitajien kautta. Koko työryhmä sitoutui myös uuteen sovittuun hoitosuunnitelmaan. Asukkaat ovat tyytyväisiä ja virtsanpidätyskyvyn lisäksi myös ulosteenpidätyskyky on parantunut. Inkontinenssisuojien vähennyttyä myös iho-ongelmat ja virtsatieinfektiot ovat vähentyneet merkittävästi. Hoitajat kertovat myös asukkaiden itsetunnon kohoamisesta. (Miettinen 2011, 34 - 36.)

lääkkäiden inkontinenssin ehkäiseminen on tärkeää, koska inkontinenssi voi johtaa vanhuksen eristäytymiseen. Lisäksi henkilökohtaisen hygienian hoito lisääntyy ja tämä kuormittaa ikääntyneitä ja hänen omaisiaan. Tilanteet, joissa ikääntyneen inkontinenssin kuntoutus olisi lääketieteellisesti mahdollista, jäävät valitettavan usein vaille hoitoa. (Vallejo Medina ym. 2006, 211.)

10 Virtsankarkailun tutkiminen ja diagnostiikka

Virtsankarkailu on monille ikääntyneille arka asia. Asiasta keskusteleminen koetaan vaikeaksi. Virtsankarkailun vuoksi harvoin hakeudutaan aktiivisesti hoitoon. Virtsankarkailun määrittämiseen tarvitaan usein useampi haastattelukerta ja kartoitukseen voidaan käyttää erilaisia haastattelu- ja arviointilomakkeita. Systemaattinen anamneesi voi itsessään jo riittää diagnoosin tekoon. Ikääntyneelle on hyvä selvittää, ettei virtsankarkailu sinänsä kuulu vanhuuteen vaan on oire jostakin. (Nieminen 1998, 37 - 38.) Inkontinenssiin liittyvän häveliäisyyden sekä vaikeamisen vuoksi tulee terveydenhuollon ammattilaisten kysyä aktiivisesti potilaalta tai hänen läheiseltään virtsaamisvaivoista ja haitoista. Oireiden vaikutus koko perheeseen on usein merkittävä ja läkkäät läheisineen ovatkin yleensä hyvin kiitollisia, kun nämä hankalat oireet otetaan vakavissaan ja niihin puututaan. (Nuotio 2008, 186.)

Anamneesin teko vaatii aikaa ja mahdollisesti kysymysten asettelua eri tavoin, jotta saadaan mahdollisimman luotettavat vastaukset. Virtsamisongelmista kärsivät ovat usein ikääntyneitä ja tiedonsaantia ei tule kiirehtiä. Rauhallinen ympäristö helpottaa arkaluonteisesta asiasta keskustelemista. (Ruutu 2002, 50.)

Haastateltaessa tulee huomioida potilaan oma käsitys ja kokemus vaivan haitasta. Haastattelun aikana tulee potilasta pyytää kuvailemaan vaivan vaikutusta elämänlaatua ajatellen. Haastattelussa tulisi huomioida vanhuksen psyykkinen ja sosiaalinen tilanne somaattisten sairauksien lisäksi. Virtsankarkailun olemassaolo tulee todeta ja tekijät jotka siihen vaikuttavat. Samalla voidaan arvioida virtsainkontinenssin tyyppiä ja vaikeusastetta. Lääkärin tulee varata

riittävästi aikaa haastattelun tekemiseen ja luotava luottamuksellinen ilmapiiri asian käsitte-
lylle. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 28 - 29.)

Virtsainkontinenssin perustutkimuksessa selvittettävät asiat:

- sairaudet ja niiden oireet
- virtsankarkailun alkaminen ja vaikeusaste ja kesto
- virtsankarkailujen määrä / suhde onnistuneisiin rakon tyhjenemisiin
- juomatottumukset
- vatsan toiminta / ummetus
- seksuaalitoiminnot
- oma käsitys vaivasta
- lääkehoito
- synnytysten määrä ja synnytin- ja virtsaelinleikkaukset
- kuukautiskierto
- elintavat
- asumis- ja kotihoito-olot ikääntyneillä

Ikääntyneelle on hyvä kertoa, että vaivaa voidaan usein helpottaa tai hoitaa eri tavoin.

Tämä edellyttää oikean diagnoosin tekemistä, selvittäen inkontinenssin tyyppin, syyn, vaikeus-
asteen ja vaikutuksen elämänlaatuun. Erityisesti ponnistusinkontinenssin havaitseminen ajois-
sa auttaa vaivan hoidossa. Vaivan selvittelyssä voidaan käyttää hyväksi haitta-aste lomaketta
virtsainkontinenssin selvittelyyn (Liite 3) (Käypä hoito-suositus 2006, 3046.)

Yleisiin diagnostisiin tutkimuksiin kuuluvat myös gynekologinen tutkimus, jossa selvitetään
mahdollinen kohdun ja virtsaelinten laskeumat. Yleinen kliininen tutkimus, pituus, paino,
BMI. Voidaan myös käyttää vaippatestiä, yskäsytestiä ja virtsaamispäiväkirjaa. Laboratorio-
tutkimuksia virtsankarkailun diagnostiikassa ei juurikaan tarvita. Virtsanäytteen tutkimisella
pois suljetaan infektiot ja rakkosyöpä. Täydentävinä tutkimuksina voidaan tarvittaessa suorit-
taa kystoskopia, urodynaamisia mittauksia, kaiku- ja magneettitutkimuksia. (Käypä hoito-
suositus 2006, 3047 - 3048.) Urodynaamisilla tutkimuksilla saadaan selville mikä inkontinens-
simuoto on kyseessä ja mikä hoitomuoto siihen parhaiten sopii. Urodynamiikalla selvitetään
virtsarakon ja virtsaputken toimintaa. Urodynaamisilla tutkimuksilla saadaan selville myös
rakon varastoimis- ja tyhjentymisvaiheita ja niihin liittyviä ongelmia. (Ruutu 2002, 56.) Tut-
kimus sopii lähinnä pakkoinkontinenssin ja sekamuotoisen inkontinenssin tutkimiseen
(Schenkmanis & Ulmsten 2007, 28).

Urodynaamisia tutkimuksia ovat mm. seuraavat mittaukset:

- Virtsansuihkun mittaaminen (flowmetry) tarkoittaa sähköisellä mittalaitteella ulos tulevan virtsan määrää virtsaputkesta ml/s
- Jäännösvirtsan mittaus tapahtuu kaikututkimuksella vatsanpeitteiden läpi. Jäännösvirtsa kertoo yleensä rakon vaillinaisesta toiminnasta
- Rakon painemittauksessa (kystometria) selvitetään virtsarakkolihaksen toimintaa sen täyttyessä
- Jäävesikokeella tutkitaan rakon hyperaktiiviteettia ja rakon kylmätuntoa
- Painevirtaustutkimuksella mitataan virtsan virtausta ja rakon sisäistä painetta samanaikaisesti
- Sulkijalihaksen EMG-tutkimuksella selvitetään ulkoisen poikkijuovaisen sulkijalihaksen toimintaa
- Karkaamispainella tarkoitetaan rakosta karkaavan virtsan painetta. Tällä voidaan todentaa ponnistus- karkaamispainetta ja rakon alin paine, jolla virtsaa pääsee karkaamaan. (Ruutu 2002, 56 - 62.)

11 Inkontinenssin konservatiivinen hoito

Tutkimuksen mukaan ikääntyneiden virtsainkontinenssiin on saatavilla erilaisia lievityskeinoja. Konservatiivisella hoidolla ja siihen liittyvällä lääkehoidolla on suuri osuus inkontinenssin hoidossa. Hoidoista tulisi saada paras mahdollinen hyöty, ennen kuin suunnitellaan leikkaushoitoa. (Nuotio ym. 2002.)

Virtsankarkailun hoidon tavoitteena on virtsanpidätyskyvyn palauttaminen, mikäli siihen ei yrityksistä huolimatta päästä, on potilaan elämänlaatua kuitenkin mahdollista parantaa hoito-toimenpiteillä ja informaatiolla (Perttilä 2004). Ikäihmisten inkontinenssin hoidossa on oleellista aktiivisesti kysyä heiltä heidän virtsaamisvaivoista ja niiden aiheuttamista haitoista. Tärkeää on selvittää mahdolliset syytekijät ja puuttua niihin. Hoitomuodoista käytettävissä ovat samat kuin nuoremmillekin, mutta moniongelmaiset ja sairaat potilaat edellyttävät kokonaisvaltaisempaa ja varovaisempaa lähestymistapaa. Potilaan kokonaislääkitys tulee aina arvioida ja virtsarakon tyhjenemisvaikeudet tulee selvittää residuaalivirtsan määrityksellä joko kerta-katetroimalla tai ultraäänitutkimuksella. (Nuotio 2007, 50.)

Virtsainkontinenssin konservatiivinen hoito sisältää lääkehoidon, lantion lihasten harjoittelun ja erilaisten apuvälineiden käytön. Ponnistusinkontinenssia hoidettaessa pyritään parantamaan virtsaputken tiiviyyttä ja painetta sekä lantionpohjan lihasten toimintaa. Duloksetiini lisää virtsaputken sulkijalihaksen sulkupainetta. Lantionpohjan lihasten harjoittelu on tärkein

konservatiivinen hoitomuoto. Potilaan motivointi ja hoidon vaikutusten arviointi lisäävät hoidon vaikuttavuutta. Lantionpohjan lihasten harjoittelun onnistumiseksi on potilaan opittava oikea lihassupistus. Pakkoinkontinenssin konservatiivisessa hoidossa pyritään yleensä estämään tahattomasti alkava virtsaamisheijaste. Hoidon tavoitteena on vähentää rakkoon kohdistuvaa ärsytystä ja rakkolihasen supistusherkkyyttä. Rakon tahdonalaista kontrollia parannetaan rakkoharjoituksilla. Virtsaamispäiväkirja on harjoitusten pohjana, jolloin hoitoon kuuluu virtsaaminen kellonaikojen mukaan. Kellonaikoja seuraamalla virtsaamisvälejä pidennetään vähitellen ja lisäksi tehdään rentoutusharjoituksia ja lantionpohjan lihasten harjoituksia. Antikolinergiset lääkkeet vähentävät rakon supistuvuutta. Lääkkeiden vaikutus tulee nopeasti ja siksi niitä käytetään myös sosiaalisesti häiritsevän inkontinenssin hoitona. (Ylikorkala ym. 2006, 211 - 212.)

Pakkoinkontinenssin konservatiiviseen hoitoon kuuluu nesteytyksen huomioiminen. Virtsaamispäiväkirjan yhteydessä mitattujen nestemäärien muokkaaminen sopiviksi parantaa osaltaan inkontinenssin vaivoja. Suuret nestemäärät saattavat pahentaa inkontinenssivaivoja. Rakkokoulutus on ensisijainen hoitomuoto pakkoinkontinenssissa. Rakkokoulutuksen tarkoituksena on pidentää virtsaamisvälejä pikkuhiljaa aloittaen, lisäten aikaa 2-3 tunnin virtsaamisväleiksi. Lääkehoito kuuluu olennaisena osana pakkoinkontinenssin hoitoon varsinkin ikääntyneillä. (Norton & Brubaker 2006.)

Ponnistusinkontinenssin hoidossa lantionpohjan lihasten vahvistamisen on todettu olevan tehokas hoitomuoto. Tutkimuksessa on todettu lantionpohjan lihasten vahvistamisen olevan merkittävä tekijä kuntoutumisessa. Lantionpohjan lihasten harjoittaminen toi seitsemän kertaa paremman tuloksen parantua ponnistusinkontinenssista kuin niillä jotka eivät harjoita lihaksia. Tutkimuksen mukaan estrogeenihoitoon tehokkuudesta ponnistusinkontinenssin hoidossa ei ole voitu todentaa. (Norton & Brubaker 2006.)

Sekamuotoisen inkontinenssin hoidossa auttaa käyttäytymismallien muutokset ja nestemäärien muokkaaminen sekä lantionpohjan lihasten harjoittaminen. Lääkehoito kuuluu sekamuotoisen inkontinenssin hoitoon oleellisesti. Tärkeintä on oireenmukainen hoitolinja. Jos oireet ovat sekä pakko- että ponnistusvaivat, yleensä pakkoinkontinenssioireet suositellaan hoitamaan ensin. (Norton & Brubaker 2006.)

Hoidolla voidaan minimoida haitat ja parantaa elämänlaatua myös silloin, kun virtsainkontinenssiin ei löydetä parantavaa hoitoa. Konservatiivinen hoito auttaa noin 2/3 ponnistus- ja pakkoinkontinenssi potilaita. Potilaan hoitoon sitoutuminen ja aktiivisuus ovat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. Potilaan neuvonta ja ohjaus sekä hoidon tavoitteellisuus ja sen arviointi ovat ensiarvoisen tärkeitä. (Ylikorkala ym. 2006, 212 - 213.) Tärkeää olisi kuitenkin kaikissa elämäntilanteissa tukea ikääntyneen maksimaalisia voimavaroja ja näin hidastaa hänen joutumista jatkuvasti autettavan potilaan rooliin (Kiilholma & Päivärinta 2007, 23).

Naisten virtsainkontinenssin hoitona käytetään leikkaushoitoa silloin, kun konservatiivinen hoito ei ole tehonnut. Vaikeassa ponnistusinkontinenssissa leikkaushoito on tehokas hoitomuoto. Myös sekamuotoisessa inkontinenssissa leikkaushoitoa voidaan käyttää, jos ponnistusinkontinenssi on hallitsevana oireena. (Kiilholma 2007, 79.) Naisilla tehdään laskeumien gynekologisia korjausleikkauksia sekä TVT- leikkauksia, joissa asetetaan emättimen kautta tukinauha virtsaputken alle (Nuotio 2008, 182). Anamneesin ja kliinisen tutkimuksen pohjalta tehdään leikkauspäätös, joka toteutetaan nykyisin päiväkirurgisesti. Leikkaukseen liittyy aina myös riskejä ja hoidossa on noudatettava sosiaali- ja terveysministeriön asettamia kiireettömän leikkaushoidon kriteerejä sekä Käypä hoito- suosituksen ohjeita. (Kiilholma 2007, 80 - 83.)

11.1 Lääkehoito

Lääkehoitoa voidaan käyttää kaikkien inkontinenssin muotojen hoitoon yksin tai yhdessä muiden hoitomuotojen kanssa. Ponnistusinkontinenssin lääkehoidolla vahvistetaan virtsaputken sulkijan toimintaa. Pakkoinkontinenssin lääkehoidolla vähennetään rakon supisteluherkkyyttä ja lisätään rakon tilavuutta. (Tammela 2007, 74 - 77.) Lääkehoidolla on keskeinen osuus pakko- ja ylivuotoinkontinenssin hoidossa sekä tukihoitona virtsaputken sulkijalihakseen toimintahäiriöissä sekä ponnistusinkontinenssissa (Nieminen 1998, 62).

Miesten virtsaamisvaikeuksiin käytetään eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun lääkehoitoja. Alfasalpaajia käytettäessä tulee huomioida verenpaineen laskun mahdollisuus pystyasennossa. Naisten oireita voidaan lievittää taas paikallisella estrogeenihoidolla. Yliaktiivista virtsarakkoa voidaan rauhoittaa nk. virtsa-antikolinergeillä, jotka voivat monisairailta vanhuksilla aiheuttaa hankaliakin haittavaikutuksia, kuten esimerkiksi ummetusta, suun kuivumista, näköhäiriöitä, muistihäiriöiden pahenemista ja sekavuutta. (Nuotio 2007, 50.)

Lääkehoidon ongelmana ovat monet haittavaikutukset etenkin iäkkäillä. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat pystyasentoon liittyvä verenpaineen lasku, suun kuivuminen, ummetus, virtsaamisvaikeudet, näön hämärtyminen, muistihäiriöt ja sekavuus. Nämä lääkkeiden haittavaikutukset ovat yksilöllisiä. Toisille potilaille näistä antikolinergisista lääkkeistä on selvästi hyötyä. Tärkeää onkin huomioida yksilöllinen hoidon suunnittelu ja sen vaikuttavuuden arviointi. (Nuotio 2008, 183 - 185.)

11.2 Lantionpohjan lihasten kuntoutus

Naisen lantionpohjan lihakset ovat tahdonalaisia lihaksia, joiden toimintaa voi itse harjoittaa. Lantionpohjan lihakset tukevat virtsaputken ja peräaukon sulkeutumista sekä tukevat kehon asennon hallintaa yhdessä muiden vartalolihashen kanssa. Fysioterapeutin ohjauksessa tapahtuva lantionpohjan lihaksiston harjoittelu on tehokas hoitomuoto erityisesti ponnistus- ja se-

kamuotoisen inkontinenssin hoidossa. Harjoittelun tulee olla säännöllistä ja oikein tehtyä ollakseen tehokasta. Elektromyografiaa (EMG), joka mittaa lihasten aktiviteettia, voidaan käyttää harjoittelun apuna. Tämä biopalaute yhdessä fysioterapeutin antaman palautteen kanssa auttaa löytämään oikeat suoritustavat ja näyttää edistymisen harjoittelussa. Säännöllinen 2- 6 kuukauden lihasharjoittelu vähentää inkontinenssia vaikuttaen näin parantavasti elämänlaatuun. Lantionpojan lihaksiston lisäksi on hyvä harjoittaa myös reisien ja pakaroiden lihaksia. Hyvät selkä- ja vatsalihakset auttavat koko lantion lihasaktiviteetissa. Harjoitteita voi tehdä arkiaskareiden yhteydessä, esimerkiksi nostotilanteissa tulee jännittää lantionpohja-, selkä- ja vatsalihakset. (Valtonen ym. 2009, 451; Åkerman & Aukee 2007, 115.)

Lantionpohjan lihaksiston harjoittelussa on tärkeää löytää oikeat lihakset. Tähän voidaan käyttää erilaisia testejä, esimerkiksi virtsasuihkun keskeyttäminen kesken virtsaamisen. Tällä tavoin löytyvät ne lihakset, joihin harjoittelun tulee kohdistua. Tätä ei kuitenkaan pidä toistaa säännöllisesti. Itse harjoittelu ei vie kauaa ja sitä voi tehdä päivittäin. Harjoittelun voi tehdä eri asennoissa, kuten istuen ja seisten. (Tena 2011d.) Säännöllinen lantionpohjan lihasten harjoittelun aloittaminen ei ole koskaan myöhäistä, 70-vuotiaat naiset ja iäkkäämmätkin saavat helpotusta inkontinenssi oireisiin. Myös miehet hyötyvät lantionpohjan lihasten harjoittelusta, mikäli se on säännöllistä, päivittäin tapahtuvaa ja harjoituksia jatketaan kolme- neljä kuukautta. (Tena 2011d.)

11.3 Yleisimmät käytössä olevat apuvälineet ja hoitotuotteet

Mikäli potilaalla ilmenee virtsankarkailua asianmukaisesta hoidosta riippumatta, on tärkeää, että oikea hoitotarvike valitaan yhdessä potilaan kanssa. Sopiva hoitotarvike tulee valita yksilöllisesti ihmisarvoa kunnioittaen huomioiden potilaan ikä, sukupuoli, virtsankarkailun vaikeusaste, elämäntilanne, liikuntakyky sekä mahdollisuus huolehtia itse apuvälineen käytöstä. Kun hoitotarvike valitaan yksilöllisten tarpeiden mukaan, motivoi se käyttöä ja siten osaltaan vähentää virtsankarkailusta johtuvia kustannuksia. (Ahopelto.)

Apuvälineillä on tarkoitus parantaa elämänlaatua mahdollistaen sosiaalisuuden jatkuminen, sekä hygieenisten rajoitusten poistaminen tukien virtsanpidätyskyvyn kokonaishoitoa. (Niemi- nen 1998, 101.) Mikäli ei ole järkevää tehdä vaativia tutkimuksia tai jos inkontinenssia ei kyetä poistamaan, apuvälineiden valinta on tehtävä huolellisesti. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 26.)

Hoitotarviketta valittaessa on tärkeää, että siitä päätetään yhdessä koulutetun ja ammattitaitoisen sairaanhoitajan tai uroterapeutin kanssa. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävästi tietoa erilaisista vaihtoehtoista, tuotteiden oikeasta käytöstä sekä erilaisista tarvikkeen käyttäjään liittyvistä seikoista. Hoitotarvikkeen valinnassa ei ainut kriteeri saa olla sen hinta. (Ahopelto.)

Usein sopivan hoitotarvikkeen löytämiseksi on kokeiltava useita vaihtoehtoja (Kiilholma & Päivärinta 2007, 25).

Potilaille tulee turvata hoitotarvikkeiden saatavuus hoitomuodosta riippumatta. Kotona asuvien kuntalaisten on mahdollisuus saada lääkärin määräämät hoitotarvikkeet ja -välineet maksutta terveyskeskuksesta. Potilaiden tulisi saada heille parhaiten soveltuvat hoitotarvikkeet ja -välineet käyttöönsä riippumatta siitä, mikä taho toteuttaa heidän hoitonsa tai tuottaa heille esimerkiksi asumispalveluja. Kunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että potilaat saavat tasapuolista ja laadukasta hoitoa sekä palveluja. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 25.)

Kuntaliiton yleiskirjeen (19.1.1999 3/80/99) antaman ohjeen mukaan sairaanhoitovälineiden ja -tarvikkeiden jakaminen perustuu aina potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja hoitavan lääkärin määrittelemään hoidolliseen perusteeseen. Arvioitaessa hoitotarvikkeiden tarpeen olevan pitkäaikainen (yleensä yli kolme kuukautta) aloitetaan hoitotarvikejakelu. Hoitotarvikkeita saa joko terveyskeskuksesta tai ne toimitetaan suoraan kotiin, niiden jakelua ja käyttöä seurataan yksilökohtaisesti. Tarvikkeet ja välineet ovat potilaalle maksuttomia, eikä niistä peritä toimituskuluja tai muita maksuja. Hoitotarvikepäätös on lääkärin tekemä hoitoratkaisu, josta ei voi valittaa eikä siihen liitetä muutoksenhakuosoitusta. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 27.)

Inkontinenssi luokitellaan myös vaikeusasteen perusteella. Vaikeusaste määritellään siten, että pyritään selvittämään kuinka suuria määriä virtsaa karkailee, kuinka usein vaivaa esiintyy ja kuinka hallitsematonta virtsankarkailu on. Vaikeusasteen määrittely auttaa löytämään potilaalle sopivan apuvälineen. (Tena e, 17.)

Vähäisessä tippainkontinenssissa virtsaa karkaa vain muutama tippa kerrallaan ja karkailu voi olla ajoittaista. Potilas kykenee katkaisemaan virtsantulon ja ehtii wc:hen ajoissa. Lievässä inkontinenssissa virtsaa karkailee pieniä määriä kerrallaan. Karkailua esiintyy esimerkiksi riivakan liikkumisen yhteydessä ja potilas pystyy pidättelemään virtsaa jonkin aikaa. Keskivaikeassa inkontinenssissa virtsaa karkailee kohtalaisen paljon kerrallaan esimerkiksi kävellessä tai varomattomissa liikkeissä. Virtsanpidätys on hyvin vaikeaa; rakko pyrkii tyhjenemään osittain. Vaikeassa inkontinenssissa virtsaa karkailee suuria määriä, rakko voi tyhjentyä hallitsemattomasti kokonaan. Virtsaa karkailee jopa potilaan ollessa paikallaan. (Tena e, 17.)

11.3.1 Keräävät apuvälineet

Kerääviksi apuvälineiksi luokitellaan erilaiset katetrit, virtsankerääjät ja virtsankeräyspussit. Kertakatetrointia käytetään virtsainkontinenssipotilaalla yleisimmin lyhytkestoiseen virtsarention hoitoon. Kestokatetrointia inkontinenssin hoidossa käytetään lähinnä ylivuotoinkontinenssista kärsiville kun muulla hoitokeinolla ei saada tuloksia. Kestokatetrointiin liittyy lisään-

tynyt infektioriski. Toistokatetroinnilla tarkoitetaan menetelmää, jossa potilasta itseään opetetaan katetroimaan itse säännöllisesti. Toistokatetrointia käytetään kroonista virtsaretentiota kärsivillä. (Nieminen 1998, 103 - 104.)

Ulkoisia virtsankerääjiä on erilaisia. Miehillä suunnitellut virtsankeräjäkondomit helpottavat kuivana pysymistä. Virtsankeräjäkondomi laitetaan siittimen ympärille, kiinnittäen se teipillä tai vaahtokumisiteellä. Virtsankeräjäkondomin päähän voidaan liittää poistoletku ja keräjäpusi. Kondomin käyttöön liittyy infekti- ja paikallisärsytysriski. (Nieminen 1998, 104 - 105.) Urinaali on myös miehille suunnattu apuväline, joka laitetaan siittimen ympärille. Urinaali sidotaan tukivyöllä vyötärölle ja siihen voidaan kiinnittää letku ja virtsankeräyspusi. Virtsankeräjäkondomi ja urinaali eivät sovellu sekavien potilaiden käyttöön. (Nieminen 1998, 105.)

11.3.2 Imukykyiset apuvälineet

Imukykyisillä apuvälineillä eli inkontinenssisuojilla tarkoitetaan erilaisia tippasuojia, vaippoja ja vuodesuojia. Niiden avulla voidaan helpottaa virtsankarkailuun liittyviä hygieenisia sekä sosiaalisia ongelmia ja samalla säilyttää ihmisen aktiivisuus sekä liikkuvuus virtsankarkailusta huolimatta. Inkontinenssisuojia on saatavilla erikseen sekä miehille että naisille. Suojan valinnan perustana on virtsankarkailun vaikeusaste. Hyvän inkontinenssisuojan toimivuutta eivät ratkaise vain tuotteen omat ominaisuudet, näiden lisäksi on huomioitava karkaavan virtsan määrä ja nopeus sekä aika, jonka vaippa on potilaalla. Oikeanlaisten tuotteiden käyttö helpottaa sekä hoidettavaa että hoitajaa. Inkontinenssisuojaa valittaessa tulee ottaa huomioon edellä mainittujen lisäksi myös potilaan omat toiveet ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Jotta tuote olisi valittu yksilöllisesti, tulee ottaa huomioon muutakin kuin vaipan koko tai imukyky. Lähtökohtana on, että käytössä on mahdollisimman pieni vaippa. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 24 - 26.) Vaippojen imukyky vaihtelee 200 ml:n ja 3000ml:n välillä mallin ja valmistajan mukaan. (Mölsä 2007, 70).

Päiväkäyttöön on suunniteltu huomaamattomampia ja kevyempiä suojia mm. miehille tippasuojia, kun taas yökasteluun taas vastaavasti imukykyisempiä versioita. On myös tarjolla housuvaippa-mallia itsenäisesti wc:ssä asioiville. Imukykyiset hoitotuotteet ovat käytetyin hoitomuoto virtsanpidätyskyvyttömyydessä. Näitä apuvälineitä tulisi käyttää vasta kun lääketieteellinen diagnoosi on vahvistettu ja muilla hoitokeinoilla ei ole saatu vastetta. (Nieminen 1998, 101- 103.) Vaippojen käytön ohjauksessa etenkin ikääntyneet miehet tarvitsevat huomiota, koska heillä saattaa olla suuri kynnys vaippojen käyttämiseen (Nuotio 2008, 185).

Vaipat ovat yleensä kertakäyttöisiä, mutta nykyään on saatavilla myös monikäyttöisiä, pestäviä vaippoja. Vaipat pysyvät paikallaan alushousujen tai vaippahousujen avulla. On myös ole-

massa vaippoja, jotka kiinnitetään niissä olevilla teipeillä tai vyöllä. Käytössä on myös housuvaippoja, joko pestäviä tai kertakäyttöisiä. Vaipat sisältävät hajun muodostumista vähentäviä materiaaleja ja niiden rakenne mahdollistaa virtsan nopean imeytymisen ja hyvän varastoitumisen, näin pintakuivuus paranee ja reunavuotojen riski vähenee. Yöksi on hyvä valita imukykyisempi vaippa reunavuotojen minimoimiseksi. (Mölsä 2007, 70.)

Vaippatestin avulla saadaan yksinkertaisesti ja helposti selville oireen vakavuus. Vaippatesti tulisi tehdä standardoidulla testillä, jotta se olisi luotettava. Käytössä on lyhyt- (20-120 min.) ja pitkäkestoisia (24-48 tuntia) testejä. ICS suosittelee 60 minuutin koetta, joka on käytännössä helppo toteuttaa poliklinisesti. Pitkäkestoiset testit toteutetaan potilaan ollessa kotona ja suorittaessaan normaaleja päivärutiinejaan. Paras juoma testissä on vesi, koska se ei sisällä natriumia, kuten virvoitusjuomat ja maito. Silloin kun potilaan nestetasapainotila on normaali, erittyä litra vettä noin kahdessa tunnissa, vastaavasti sama määrä keittosuolaliuosta erittyy 24 tunnissa. (Tammela 2002, 57 - 58.)

Testissä mitataan virtsan karkaaminen vaipan painon lisäyksenä. Jotta virtsan karkaaminen voidaan objektiivisesti osoittaa, tulee vaipan painon kasvaa vähintään 1 g tunnin aikana. Mikäli se jää vähemmäksi, potilaan katsotaan pysyvän kuivana. (Tammela 2002, 57 - 58.)

ICS:n 60 minuutin vaippatesti:

1. Potilas ei tyhjennä rakkoaan, punnittu vaippa asetetaan paikoilleen.
2. Potilas juo nopeasti (15 minuutin kuluessa) 500 ml vettä.
3. Potilas kävelee 30 minuutin ajan, mihin sisältyy yhden kerrosvälin verran portaiden nousua ja laskua.
4. Viimeisen 15 minuutin aikana tehdään:
 - a. 10 kertaa nousu istuma-asennosta seisaalleen
 - b. 10 kertaa yskimistä
 - c. 1 minuutin ajan juoksua paikoillaan
 - d. 5 kertaa esineiden poimiminen lattialta
 - e. 1 minuutin ajan käsien pesua juoksevilla vedellä
5. Vaippa poistetaan ja punnitaan
6. Potilas tyhjentää rakkonsa, ja virtsattu tilavuus mitataan.
7. Jos koe ei onnistunut, se uusitaan eikä potilas tyhjennä rakkoaan.

Vaippatestiä voidaan muunnella potilaan fyysisen suorituskyvyn mukaan. (Tammela 2002, 57.)

Sopimattoman hoitotarvikkeen käyttö on epätaloudellista seurannaiskustannuksia ajatellen. Seurannaiskustannuksia voi aiheutua sopimattomien vuotosuojien käytön lisäksi myös lisääntyneistä iho-ongelmista, suurista pyykkikuluista sekä lisääntyneestä henkilökunnan työmäärästä. Ne voivat myös johtaa käyttäjänsä eristäytymiseen sosiaalisen häpeän ja leimautumisen pelossa. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 25.) Hoitotarvikkeen ympäristöystävällisyys on tärkeää huomioida tuotteen valinnassa. Kun tuote on valittu oikein esimerkiksi riittävän imukykyinen ja oikean kokoinen vaippa vähentävät jätteen määrää, säästävät raaka-aineita sekä välillisesti myös puhdasta vettä ja energiaa. (Ahopelto.)

11.3.3 Muita apuvälineitä

Virtsaamista helpottavat apuvälineet tulee huomioida yksilöllisesti. Arkkitehtonisen inkontinenssin pois sulkemiseksi tulee huomioida esteetön kulku wc:hen ja wc:n löytämisen helpottaminen. Liikuntarajoitteisille tulee huomioida virtsaamista helpottavien apuvälineiden tarve. Korotettu wc-istuin, portatiivi ja tukevat käsinojat helpottavat wc-asioinnilla. Valaistukseen ja wc:n tilavuuteen tulee kiinnittää huomiota. Apuvälineinkontinenssin vaara on minimoitava. Jatkuva turvautuminen apuvälineeseen, esim. vaippoihin voi aikaansaada tottumisen ja näin ollen edesauttaa virtsanpidätyskyvyttömyyttä. (Nieminen 1998, 108 - 109.)

Naisten inkontinenssin hoidon apuvälineenä voidaan käyttää emätinkuulia. Kuulien käyttö yhdistetään lantionpohjan lihasten harjoitteluun. Kuulien painona käytetään aluksi 20 g ja painoa nostetaan harjoitusten edetessä. Lantionpohjan lihasten voima lisääntyy ja verenkierto paranee ja tämä lisää virtsaputken sulkupainetta. Emätinkuulien käyttöä suositellaan muutamana kerran viikossa noin 15- 20 minuutin ajan. (Vallejo Medina ym. 2006, 215.)

11.4 Virtsankarkailu ja hygienian hoito

Virtsankarkailuun liittyy yleisesti häpeälliseksi koettu hajuhaitta. Tämän vuoksi henkilökohtaisen hygienian hoito on virtsankarkailusta kärsivillä erityisen tärkeää. Hygienia merkitsee henkilökohtaista puhtautta ja ympäristön pysymistä hajuttomana ja viihtyisänä. Hyvä hygienian hoito ehkäisee myös infektioiden torjunnassa ja auttaa pitämään ihon kunnossa. Henkilökohtaisesta hygieniastaan huolehtivaa vanhusta tulee ohjata oikeanlaisiin pesuteknikoihin ja opastaa myös huolehtimaan hyvästä käsihygieniasta. Vanhukselle on myös varattava oikeanlaiset ihonhoitotuotteet ja järjestettävä asianmukaiset alapesumahdollisuudet wc-tiloihin. (Nieminen 1998, 109 - 110.)

Ihon hoidossa tulee huolehtia, ettei iholle synny ylimääräistä rasitetta, kuten kosteus, eritteet, paine, liiallisen pesun aiheuttamaa kuivuutta tai yliherkkyyssreaktioita käytettävillä tuotteilla. Ihon hoidossa tulee välttää liiallista pesemistä. Tämä aiheuttaa limakalvojen kui-

vumista ja iho saattaa ärsyntyä ja kutista. Tämä taas helposti aiheuttaa raapimista mikä voi johtaa infektion syntyyn. Ihon kuntoa tulee tarkastaa säännöllisesti. Näin voidaan ennaltaehkäistä ja reagoida ilmaantuneeseen ongelmaan välittömästi. (Nieminen 1998, 113.) Toisinaan vaippojen käyttö saattaa aiheuttaa ihoärsytystä, tällöin on syytä kiinnittää huomiota hygieniaan. Iho on hyvä pestä kädenlämpoisellä vedellä ja miedolla pesuaineella. Ihoa voi rasvata perusvoiteella pesun jälkeen. Ehdottoman tärkeää on huolellinen ihon kuivaus. (Mölsä 2007, 70.)

12 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutuminen mahdollistaa ihmisten terveyteen vaikuttamisen. Sitä voidaan tarkastella sekä asiakkaan että yhteiskunnan näkökulmasta. Hoitoon sitoutumalla asiakas edistää elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan ja samalla yhteiskunnan rahoja säästyy pienentyneiden sairaiden sekä sairauslomakustannuksien vuoksi. Hoidon tuloksellisuuden parantaminen hoitoon sitoutumisella onkin yksi terveydenhuollon keskeisimmistä haasteista tällä hetkellä. Erityisen tärkeäksi asian tekee se, että tulevaisuudessa pitkäaikaisesti sairaiden määrä lisääntyy väestön ikääntyessä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 11.)

Kyngäs ja Hentinen (2009, 16 – 17) määrittelevät hoitoon sitoutumisen olevan asiakkaan vastuullista ja aktiivista toimintaa vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa terveyden edellyttämällä tavalla. Näin määriteltynä hoitoon sitoutuminen käsittää toiminnan sisällön sekä tavan toimia. Asiakas ja terveydenhuoltohenkilöstö toimivat yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa. Yhteistyö käsittää hoidon tavoitteet, suunnittelun ja vastuun. Vuorovaikutus taas on tasavertaista ja kummankin osapuolen näkemykset huomioon ottavaa. Toiminta edellyttää luottamusta ja rehellisyyttä.

Käsitteen ”hoitoon sitoutuminen” hyväksyminen ja käyttäminen osoittavat asiakkaan roolin ja asiakaskäsityksen muuttuneen. Muuttuneen käsityksen mukaan vastuu hoitoon sitoutumisesta ei ole ainoastaan asiakkaalla vaan myös hoitavilla henkilöillä ja koko terveydenhuollolla. Myös muut hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät, kuten yhteiskunta ja muu ympäristö, huomioidaan nykyään paremmin kuin ennen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 20.)

Asiakkaan kannalta hoitoon sitoutuminen merkitsee parempaa elämänlaatua paremman terveyden ja toimintakyvyn ansiosta. Se tuo lisää turvallisuutta ja lisääntyviä elinvoimaisia vuosia. Hoitoon sitoutumisen positiivisten vaikutusten lisäksi se voi kuitenkin merkitä asiakkaalle myös taloudellisia uhrauksia, vaivannäköä, vaatia aikaa ja uuden oppimista sekä elämäntapojen muuttamista. Hoitoon sitoutumisessa on terveydenhuollossa kyse hoidon vaikuttavuudesta. Vaikuttavalla hoidolla vahvistetaan terveyttä ja ehkäistään sairauksia sekä niiden liitän-

näissairauksia ja näin vähennetään sairaalahoidon tarvetta. Hoidon tarpeen vähenemisen myötä syntyvät säästöt ovat merkittäviä yhteiskunnan kannalta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 23 - 24.)

Terveydenhuoltohenkilöstön kannalta hoitoon sitoutuminen merkitsee yhdessä hoidettavan kanssa tehtävää yhteistyötä ja vastuunottoa. Vastuu hoidosta ei rajoitu asiakkaan välittömään hoitoon vaan jatkuu kotiin asti mahdollisesti koko loppuelämän ajalle. Terveydenhuoltohenkilöstöltä vaaditaan uudenlaista näkökulmaa, uusia tietoja ja taitoja sekä lisää aikaa asiakastyöhön. Hoitoon sitoutumisen jatkuvalla arvioinnilla saadaan näkyväksi hoidon tuloksia. Tuloksia arvioimalla voidaan kehittää ohjausta ja hoitoon sitoutumiseen edistävää toimintaa. Lisäksi mahdollistuu terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen, toiminnan suunnittelun ja toteutuksen ohjaaminen uusimpien tutkimustietojen mukaisesti. (Kyngäs & Hentinen 2009, 24 - 25.)

12.1 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa karkeasti asiakkaasta johtuviin ja ympäristöstä johtuviin eli asiakkaan ulkopuolisiin toteavat Kyngäs ja Hentinen (2009, 26). Heidän mukaansa asiakkaasta johtuvia tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, koulutus, arvot ja käsitykset, voimavarat, motivaatio, tiedot, taidot ja asioiden ymmärtäminen, elämäntilanne ja sairaus, hoito ja kokemukset siitä sekä sosiaalis-taloudellinen tilanne. Ympäristötekijöinä hoitoon sitoutumisessa kirjoittajat mainitsevat terveydenhuoltojärjestelmän ja sen mahdollistaman hoidon, hoidon järjestelyt, ohjauksen, vuorovaikutuksen, seurannan ja tuen, perheen, läheiset ja vertaiset sekä emotionaalisen, konkreettisen ja tiedollisen tuen. Ikääntyminen voi vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi voimavaroja sitovat ja kuluttavat tekijät, kuten muuttuvat elämäntilanteet ja sairaudet sekä niiden seuraukset, ovat yhteydessä siihen miten asiakkaat hoitavat itseään. Asiakkaan omia voimavaroja pyritään tukemaan ohjauksella; asiakkaan voimaantumisen edistäminen nouseekin erääksi ohjauksen ja samalla koko hoidon tavoitteeksi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27 - 28.) Terveyteen liittyvinä voimavaroina ikääntyneellä ovat esimerkiksi itsehoitovalmiudet. Niiden tukeminen antaa iäkkäälle kokemuksia siitä, että hän voi itse vaikuttaa toimintakykyynsä ja terveyteensä sekä saada kokemuksia voimaantumisesta. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 63.)

Asiakkaan kokemus asian merkittävydestä vaikuttaa sitoutumiseen. Motivaatioon vaikuttaa myös se, miten kiinni elämässä asiakas on. Riittävät tiedot tilanteesta ja sairaudesta sekä sen hoidosta ovat asiakkaalle välttämättömiä hoitoon sitoutumisen kannalta. Tiedon muuttaminen toiminnaksi koetaan ongelmalliseksi, koska tämä vaatii tiedon ymmärtämistä ja omaksumista sekä muistamista ja aistien toimivuutta. Uhka entisen elämäntavan menettämisestä tai elämän päättymisestä yhdessä mahdollisten sairauksien aiheuttamien kipujen ja väsymyksen kanssa kuluttavat voimavaroja ja voivat heikentää motivaatiota. Oireiden lievittyminen taas

vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen positiivisesti. Yhteistyötä edistää positiivinen ja turvallinen ilmapiiri sekä ymmärretyksi ja hyväksytyksi tulemisen tunne. Mahdollisuudella päättää omista asioistaan sekä vaikuttaa hoitoonsa edistetään hoitoon sitoutumista. Taloudellisen tilanteen merkitystä asiakkaan kannalta hoitoon sitoutumisessa on tutkittu vähän, mutta se saattaa kuitenkin heikentää hoidon toteutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 28 - 31.)

Asiakkaasta johtuvien tekijöiden lisäksi hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat ympäristöstä johtuvat tekijät. Keskeisimpänä oppimiseen ja tätä kautta hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä voidaan pitää ohjattavan ja ohjaajan välistä suhdetta ja vuorovaikutusta. Ohjaus on vaikuttavaa, kun se on kahden tasavertaisen asiantuntijan välistä keskustelua, jossa asiakas edustaa oman elämänsä asiantuntijaa ja ohjaaja terveyttä koskevan teoreettisen tiedon asiantuntemusta. Perheen sisäiset suhteet vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen joko positiivisesti tukien tai negatiivisesti heikentäen. Positiivisesti hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat hyvä perheen sisäinen kommunikaatio, kiinteät suhteet ja vähäinen konfliktien määrä. Koko perhe olisi kuitenkin otettava huomioon hoidossa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 32 - 34.)

12.2 Läheisen rooli ikääntyvän hoitoon sitoutumisessa

Omaisella tarkoitetaan yleensä oman perheen jäsentä tai lähisukulaista, mutta laajemmin käsitettynä sillä voidaan tarkoittaa sukulaisia, heidän puolisoitaan tai hyvin läheisiä ystäviä. Läheisestä ihmisestä, työtoverista tai naapurista voidaan käyttää nimitystä omainen, jolloin sukulaisuus ei ole ainoa omaiskäsitteen kriteeri. Asiakas määrittelee hoitosuhteen aikana itse hänelle tärkeimmät omais- ja perhesuhteensa. (Anttila ym. 2006, 44 - 45.) Perhe ja läheiset tulee määrittää ikäihmisen omasta näkökulmasta käsin, koska perhe merkitsee eri ihmisille eri asioita (Salin & Åstedt-Kurki 2009, 173).

Ikääntyneiden hoidossa on usein mukana lätkkään itsensä ja terveydenhuoltohenkilöstön lisäksi läheinen tai omainen (Isola ym. 2009, 185). He ovat hoidon kannalta voimavara ja perheellä onkin huomattava merkitys asiakkaan sairauksien ennaltaehkäisyssä sekä paranemisessa (Anttila ym. 2006, 44). Perhe- ja terveyskeskeisyyttä on pidetty hyvän hoidon ominaisuutena ja vanhusperheen odotuksien ja toiveiden tulisi olla hoidon lähtökohtina riippumatta hoitoympäristöstä. (Salin & Åstedt-Kurki 2009, 180.)

Kun ikääntyvälle ihmiselle ilmaantuu terveysongelmia, läheisten ihmisten tärkeys tulee ilmi ja perheellä onkin merkitystä ikääntyvän ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Tämä näkyy tukemisena, johon vaikuttavat perheen ihmissuhteet, totutut tavat sekä avun tarve. Huolenpito, käytännön asioissa avustaminen sekä kodin ongelmaratkaisut ovat perheen antamia tuen muotoja ikääntyneelle ja tuen avulla pyritään ensisijaisesti selviytymään arkielämässä kotona.

Vasta läheisten avun riittämättömyyden jälkeen turvaudutaan viralliseen palvelunjärjestäjään. (Salin & Åstedt-Kurki 2009, 172.)

Koska ikääntyneiden hoidossa osapuolia on enemmän, on tärkeää varmistaa, että hoitoon osallistuvilla osapuolilla on tiedossaan hoidon tavoitteet ja he ovat sitoutuneita yhteisiin tavoitteisiin. Omaisilla on oikeus rakentavasti mutta kriittisestikin esittää hoitoon liittyviä näkökulmia. (Isola ym. 2009, 185 - 186.) Omaisten osallistuminen hoitoon lyhentää sairaalassaoloaikaa ja usein ikääntyvän toiveiden mukaisesti mahdollistaa kotiutumisen ja hoidon siellä (Anttila ym. 2006, 44).

Omaisten ja ikääntyvän suhteessa tunteet ovat vahvasti läsnä ja omaisten puolelta huoli voi värittää toiveita hoidosta (Isola ym. 2009, 186). Myös omainen kokee läheisensä sairastumisen kriisinä (Anttila ym. 2006, 44). Jos omaisten ja terveydenhuoltohenkilöstön välille aiheutuu ristiriitatilanteita tai erimielisyyttä hoidosta tai hoitolinjoista, tulee vuorovaikutuksellisesti ja ammattitaidolla pyrkiä luomaan hoitosuhteeseen luottamuksellinen ja keskusteleva ilmapiiri (Isola ym. 2009, 186). Omaisilla on ratkaiseva merkitys ikääntyneen hyvinvointiin ja tästä syystä hoitohenkilökunnan on tärkeää huomioida heidänkin tarpeensa. Omaisets tarvitsevat hoitohenkilökunnan tukea jaksakseen ja sopeutuakseen uuteen elämäntilanteeseen. (Anttila ym. 2006, 44.) Hoitohenkilökunnan tulee kyetä arvioimaan asiakkaan tilaa pystyäkseen arvioimaan yksilöllisesti omaisten tuen ja tiedon tarvetta vähentäen avuttomuutta ja ahdistusta (Anttila ym. 2006, 44 - 45).

13 Asiakasohjauskäsitteen määrittelyä

Asiakkaan henkilökohtaiset oppimistarpeet muodostavat asiakaslähtöisen ohjauksen sisällön. Jaetulla asiantuntijuudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaalla on tärkein rooli oman elämänsä asiantuntijana ja ohjaajan rooli on toimia asiantuntijana ammatillisin perustein. (Kynäs & Hentinen 2009, 77 - 78.) Osa sairaanhoitajan työstä on aina ollut potilaan ohjaamista terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä, koska hoitajat ovat ajallisesti eniten tekemisissä potilaiden kanssa. Vaikka potilaan hoitoon osallistuu monia eri alojen asiantuntijoita, on hoitajalla kokonaisvastuu potilasohjauksesta sekä neuvonnan koordinoinnista ja toteuttamisesta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26.) Potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten väliset suhteet ovat muuttumassa kumppanuussuhteiksi entisten hierarkkisten auktoriteettisuhteiden sijasta. Tällaisessa suhteessa korostuvat asiakkaan itsemääräämisoikeus sekä itsenäisyys. (Torkkola ym. 2002, 8.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee viidennessä pykälässä jokaisella potilaalla olevan oikeus ilman syrjintää saada tietoa terveydentilastaan, hoitovaihtoehtoista ja sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista päätöksiensä tueksi. Terveydenhuollon

ammattihenkilön on annettava selvitys potilaalle hänen terveydentilastaan riittävän ymmärrettävästi.

Ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan elämän hallintaa ja tilanteissa asiakas on itse aktiivinen ratkaisija. Hoitaja tukee häntä ratkaisuissaan välttämällä tarjoamista valmiita ratkaisuja. Ohjaus on suunnitellumpaa kuin muut keskustelut. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Ohjaustilanteella on aina määritelty tarve, jonka ymmärtämisessä auttavat suunnitellut ja asetetut tavoitteet. Tavoitteiden pohjalta sovitaan ja suunnitellaan keinot, joilla tavoitteisiin pyritään. Toteutusta ja koko prosessia arvioidaan jatkuvasti ja ohjausprosessin jatkuvuus varmistetaan. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10 - 11; Kyngäs & Hentinen 2009, 81; Torkkola ym. 2002, 26 - 29.)

Potilasohjauksen ohjausprosessi voidaan Torkkola ym. (2002, 26 - 29) mukaan kuvata palapelimäisesti, jossa toisiinsa liittyvät palat sisältävät asiakkaan tarpeet ja ohjauksen tavoitteet, menetelmien valinnan, ohjauksen toteutuksen sekä ohjauksen arvioinnin. Koko prosessin ajan huomioidaan lisäohjauksen tarvetta. Tässä prosessissa asiakkaan tarpeet ja ohjauksen tavoitteet vastaavat kysymykseen mitä pitäisi oppia ja mitä tietää? Menetelmien valinnassa mietitään ohjauksen keinoja; käytetäänkö yksilö- vai ryhmäohjausta sekä havainnollistetaanko ohjaamista videoin tai kirjallisin ohjein ja niin edelleen. Edellä mainitut seikat ohjaavat ohjauksen toteutusta. Ohjauksen arvioinnissa seurataan tapahtuiko oppimista eli arvioidaan asiakkaan tietojen ja taitojen karttumista. Onnistuneen ohjauksen kriteerinä ei käytetä ohjaukseen käytettyä aikaa vaan potilaan tietojen ja taitojen lisääntymistä.

Hoitajan kannalta tärkeimpiä ohjausvalmiuksia ovat tiedot ohjattavista asioista, erilaisista ohjausmenetelmistä sekä oppimisen periaatteista. Hoitaja toimii vuorovaikutuksen ja ohjauksen alkuunpanijana ja etenemisen asiantuntijana, joten hänellä tulee olla johtamis- ja vuorovaikutustaitoja. Hänen tulee hallita oppimis-, päätöksenteko- sekä tiedonhankintaprosesseja. Hoitajalla tulee olla taito saada asiakas luottamaan omiin kykyihinsä ja kannustaa tätä oma-aloitteisuuteen. (Torkkola ym. 2002, 34 - 35.)

Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitajan vastuulla on, että asiakas tunnistaa tämän asiantuntemuksensa. Ohjaus onnistuu, kun hoitajalla on riittävät taustatiedot asiakkaasta. On tärkeää huomioida asiakkaan jo olemassa olevat tiedot asiasta, se mitä hänen tulisi tietää sekä mitä hän haluaa tietää ja miten hän sen parhaiten omaksuu. Asiakkaan kunnioittaminen perustuu hänen yksilöllisyytensä huomioimiseen. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Vuorovaikutukseen vaikuttavat hoitajan ammattitaidon ja asiantuntijuuden lisäksi myös tämän persoonalliset ominaisuudet kuten hienotunteisuus, turvallisuus, luotettavuus, huumorintajuisuus ja empaattisuus (Torkkola ym. 2002, 30).

Ohjauksen ilmapiiriin vaikuttavat useat taustatekijät joko tukien tai heikentäen tilannetta. Ohjaukseen sisältyviksi voidaan mieltää aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta, vuorovaikutussellinen ohjaussuhde sekä asiakkaan ja hoitajan taustatekijät. Ohjaustilanteissa asiakkaiden erilaisuus ja tietoon sekä tukeen liittyvä yksilöllisyys asettavat hoitajalle suuria haasteita. Ohjaustilanteen erilaisuuteen vaikuttavat muun muassa ohjattavan ikä ja motivaatio. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 26.) Ohjaustilanteeseen vaikuttavia tekijöitä asiakkaan kannalta ovat lisäksi hänen nykyinen ja aikaisemmat sairautensa, tarpeensa sekä aikaisemmat hoitokokemuksensa. Lisäksi vaikuttamassa mukana ovat asiakkaan asenteet, tiedot ja taidot. Näillä seikoilla on vaikutusta oppimiseen, kykyyn soveltaa tietoa ja mahdollistaa omatoimisuus sekä selviytyminen kotona. (Torkkola ym. 2002, 30.)

Asianmukaiset resurssit kuten esimerkiksi aika, hoitajien ohjausvalmiudet, henkilöstö ja tilat, ovat laadukkaan ohjauksen perusedellytys, mutta lisäksi tarvitaan myös oikeaa ajoitusta ja mitoitusta. Ohjauksen saaminen ei voi jäädä pelkästään asiakkaan aktiivisuuden varaan. (Kyngäs ym. 2007, 21.) Oikeaa mitoitusta peräänkuuluttavat myös Torkkola ym. (2002, 29) todeten tietotulvan olevan eräs ohjauksen esteistä.

Laadukas asiakasohjaus sisältää konkreettisen, tiedollisen ja emotionaalisen tuen, kirjoittavat Kyngäs ja Hentinen (2009, 76). Konkreettinen tuki sisältää kaikki ne välineet, joilla asiakkaan hoitoon sitoutumista voidaan edistää. Konkreettinen tuki käsittää taloudellisten tukien hakemisen ohjaamisen sekä hoito- ja apuvälineet.

Tiedollinen tuki käsittää hyvin ja ymmärrettävällä tavalla kerrotut hoidon kannalta välttämättömät asiat käsittäen sekä sairauden että sen hoidon. Asiakkaan ymmärrys tiedon sisäistämisessä huomioidaan sekä valmiudet itsensä hoitamiseen. Emotionaalisella tuella mahdollistetaan asiaan liittyvien tunteiden käsittely.

Ohjausprosessin kirjaamisella hoitosuunnitelmaan varmistetaan potilasohjauksen jatkuvuus hoidon eri vaiheissa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11; Hallila 2005, 98.) Näin varmistetaan yksilöllisen ja oikeanlaisen ohjauksen tarjoaminen ja vältetään päällekkäinen ohjaaminen, jota potilas voi pitää älykkyyttään ja oppimiskykyään aliarvostavana (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16).

Pohjois-Pohjanmaalla aloitettiin vuonna 2002 kolmivaiheinen potilasohjauksen kehittämishanke, jonka tarkoituksena oli kartoittaa ja kehittää potilasohjauksen laatua kyseisessä sairaanhoitopiirissä. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla potilaiden, omaisten sekä terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksesta. Tutkimustulosten perusteella kehittämishaasteiksi nousivat muun muassa ohjaustapahtuma prosessina, erilaiset ohjausmenetelmät, omaisten ohjaaminen, sosiaalinen tuki, ohjauksen organisointi sekä vuorovaikutteinen ohjaussuhde. Hankkeen toisessa vaiheessa kehitettiin uusia malleja ohjaa-

miseen ja lähtökohtana toimivat ensimmäisestä vaiheesta nousseet kehittämishaasteet. Kehittämishaasteita varten perustettiin sairaanhoitopiirin terveydenhuoltohenkilöstöstä sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoista työryhmiä, joilla oli vuosi aikaa kehittää omaa teema-alueitaan. Kehittämishankkeen kolmannessa vaiheessa arvioidaan uusin ohjausmallien vaikutuksia tutkimuksen avulla. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 1- 3.)

13.1 Ohjauksen haasteita

Ohjauksen haasteita selviteltäessä todettiin asiakkailla, omaisilla ja terveydenhuoltohenkilöstöllä olevan poikkeavat käsitykset ohjauksesta (Lipponen ym. 2006, 1). Lisäksi potilastyytyväisyyskyselyissä edelleen jatkuvana ongelmana asiakkaat ovat tuoneet esille liian vähäisen tiedon saannin koskien hoidon kaikkia osa-alueita (Torkkola ym. 2002, 8). Ohjauksen haasteet liittyvät myös asiakkaan ja hoitajan taustatekijöiden huomiotta jättämiseen, ohjaustilanteen passiivisuuteen ja tavoitteiden puutteellisuuteen sekä vuorovaikutuksen puutteeseen. Näiden elementtien olemassaoloon voidaan vaikuttaa ja niiden huomioimisella saavutetaan laadukasta ohjaamista. (Kyngäs ym. 2007, 26-28.)

Ohjauksen haasteet liittyvät lisäksi lyhentyneisiin hoitoaikoihin. Asiakkaan siirtyessä avohoittoon on tärkeää, että hän on saanut riittävästi ohjausta sekä ymmärtänyt saamansa ohjauksen. Ohjauksella pyritään vaikuttamaan hänen kykynsä ymmärtää hoidettua asiaa sekä halutaan vaikuttaa positiivisesti hänen vastuunottoonsa. (Lipponen ym. 2006, 1.) Hyvän ohjauksen ja täsmällisten ohjeiden merkitys korostuu, koska potilaiden vastuunotto omasta toipumisesta ja hoidosta aikaistuu lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi (Torkkola ym. 2002, 24).

Kiire sekä ohjaukseen käytettävän ajan vähyys vaikuttavat ohjauksen laatuun sekä suunnitelmallisuuteen. Kiireellä on suora vaikutus vuorovaikutuksen määrään, sillä asiakas saattaa hoitajan kiireen vaistotessaan kokea tilanteen epäkunnioittavana tai hän saattaa pitää keskustelun tason pinnallisena, koska syvälliseen keskusteluun tarvitaan runsaammin aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

Ohjauksesta tulee muistaa, että asiakas unohtaa suuren osan kerrotusta ja ohjeet unohtuvat helpommin kuin esimerkiksi diagnoosi. Mitä enemmän kerrotaan, sitä enemmän asiakas unohtaa. Tärkeitä tuntuvat ja aluksi kerrotut asiat muistetaan parhaiten. Vanhat muistavat yhtä paljon kuin nuoret ja älykkyydellä ei ole vaikutusta muistamiseen. Ahdistuneisuus sekä aikaisempi lääketieteellinen tieto vaikuttavat muistamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

13.2 Erityispiirteitä ikääntyneiden ohjauksessa

Ikääntyneillä ja heidän omaisillaan on tarvetta neuvonnalle ja ohjaukselle. Tärkeitä aiheita ovat etenkin ikääntymiseen liittyvät terveydelliset ja sosiaaliset tekijät ja riskien hallinta. He tarvitsevat myös ohjausta ja neuvontaa konkreettisesti siitä, mistä ja miten apua, tukea, hoitoa ja palveluita voi tarvitessaan saada. Terveyttä ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta voidaan lisätä neuvontapalveluilla. (Voutilainen 2009, 117.) Ikääntyneiden ohjauksessa korostuvat samat asiat kuin ohjauksessa yleensäkin, mutta muita merkittävämmäksi nousee kunnioitus, mahdollisuus osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa sekä mahdollisuus sisäistää asiat ja etsiä itse ratkaisumalleja. Hoitosuhteen pysyvyys edistää hoitoon sitoutumista. (Isola ym. 2009, 183 – 184.)

Vallejo Medina ym. (2006, 28 – 29) mukaan muisti heikkenee jonkin verran ikääntymisen myötä, mutta dramaattista muistin huononemista vanhenemiseen ei liity. Tutkimuksissa on todettu ikääntyneiden episodisen muistin eli tapahtumasarjan tai tapahtuman muistamisen ja yksityiskohtien muistamisen huonontumista sekä työmuistin häiriöalttiuden lisääntymistä, jolloin usean samanaikaisen asian muistaminen huononee. Muistamisessa ilmenevät vakavat ongelmat ovat ikääntyneilläkin merkki sairaudesta tai vammasta.

Ohjauksessa vuorovaikutuksellisuus on tärkeää hoitoon sitoutumisen kannalta. Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi ohjaustilanteissa ikääntyneen asiakkaan on entistä nopeammin omaksuttava ohjattavat tiedot ja taidot. Ohjauksen merkitys korostuu ikääntyneiden kohdalla, koska onnistuneella ohjauksella voidaan lisätä elämänlaatua ja edistää kuntoutumista kotona. (Isola ym. 2009, 183.) Ikääntyneet toivovat asioiden käsittelyyn rauhallisuutta ja heillä on usein tarve keskustella muistakin asioista kuin ohjattavana olevasta (Torkkola ym. 2002, 32).

Kirjoittajat (Isola ym. 2009, 184) esittävät ikääntyneiden ohjaustilanteeseen liittyviä seikkoja mm. yksilöllisen elämänkulun ymmärtäminen haastatteluineen ja taustatietojen keräämiseen sekä mahdollisten aisti- ja muistitoimintojen heikentymiset, jotka olisi tärkeää huomioida. Motivaatio itsensä hoitamiseen tulee olla ja iäkkään päätöksen kunnioittaminen suhteessa itsemääräämisoikeuteen tulee ymmärtää. (Isola ym. 2009, 184.) Samoja seikkoja ikääntyneiden ohjauksen erityispiirteistä nostavat esille myös Kyngäs ym. He täsmentävät ikääntyneiden ohjauksen vaativan lyhytkestoista, pääasioihin keskittyvää ja usein toistuvaa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

Ohjauksessa tulisi huomioida asiakkaalta hänen tukiverkostonsa, halunsa omaisten mukaan ottamisesta ohjaukseen sekä omaisilta saadun tuen ja avun vaikuttavuus. Asiakkaan tahtoa kunnioitetaan ohjaustilanteissa, mutta samalla huomioidaan hänen ymmärryksensä ohjauksesta sekä vastuullisuutensa hoidostaan. Jos asiakkaan kyky vastata hoidostaan on heikentynyt,

tulee ohjauksen vastata omaisen tarpeisiin, koska omainen on todennäköisesti asiakkaan hoidon vastuunkantaja. (Kyngäs ym. 2007, 36.)

13.3 Omaisten ohjaaminen

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kehittämishankeen toisessa vaiheessa kehitettiin omaisten ohjausta Naistentautien klinikan työryhmässä ja laadittiin hyvän omaisten ohjauksen suositukset. (Lipponen ym. 2006, 2.) Suositukset on laadittu teorian tietoon, tutkimuksiin ja käytyihin keskusteluihin pohjautuen. Suositusten tarkoituksena on omaisten ohjauksen kehittäminen käytännön hoitotyössä tiedollinen ja emotionaalinen tuki huomioiden. (Anttila ym. 2006, 44.)

Omaisten ja läheisten tiedon tarvetta ei ole syytä sivuuttaa potilasohjauksessa ja hoitajan tuleekin kysyä asiakkaan toivetta omaisten tai läheisten läsnäolosta ohjaustilanteessa (Torkkola ym. 2002, 32). Monet omaiset oireilevat itsekkin läheisen sairastuttua ja hoitohenkilökunta kykenee helpottamaan oireilua emotionaalisella ja tiedollisella tuella. Tuen tarve voi olla moninaista, mutta sen tulee aina olla yksilöllistä. (Anttila ym. 2006, 45.)

Tiedollinen tukeminen on tärkein tuen muoto omaisten mukaan ja sillä tarkoitetaan tietojen antamista ongelmien ratkaisemisen avuksi. Tietoa tarvitaan myös stressin käsittelyyn. Omaisten tiedollisessa ohjaamisessa huomioidaan tämän kyky vastaanottaa tietoa sekä aikaisemmat tiedot. Omaisen ahdistusta vähentämällä vaikutetaan asiakkaan ahdistuksen määrään. Tiedollista tukea tulee saada rehellisesti, jatkuvasti ja pyytämättä. Sen tulee antaa informaatiota asiakkaan sairaudesta, hoidosta, ennusteesta sekä jatkohoidosta. Potilaan itsemääräämisoikeus tulee huomioida tietoja luovuttaessa ja hoitohenkilökunnan tulee toimia vastuullisesti, luottamuksellisesti sekä vaitiolovelvollisuus muistaen. (Anttila ym. 2006, 45 – 46.)

Emotionaaliseen tukemiseen tarvitaan kykyä omaisen tilanteen sekä sopeutumisen vaiheen ymmärtämisessä. Emotionaalisista tukea voidaan antaa keskustelemalla, kuuntelemalla, toisen tunteiden hyväksymisellä, realistisella toivon ylläpidolla ja lähellä ololla. Emotionaaliseen tukeen tarvitaan tilanneherkkyyttä ja kykyä empatiaan. (Anttila ym. 2006, 46.)

Ennen omaisen ohjaamista tulee selvittää kenelle ja millaista tietoa halutaan annettavan ja ketä ohjattavan. Omaista tulee rohkaista osallistumaan. Omaisten ohjaamiseen tulee varata riittävästi aikaa ja ohjausta tulee antaa ymmärrettävällä kielellä. Omainen on ainutlaatuinen yksilö, jonka emotionaalisen tuen tarve ja jaksaminen tulee huomioida. Ohjaustilanteen voi rakentaa yhdessä omaisen kanssa. (Anttila ym. 2006, 46.)

Koska jatkohoidon onnistuminen on myös omaisten vastuulla, ikääntyneet ottavat usein omaisensa mukaan ohjaustilanteeseen. Jos ikääntyneen hoitoon osallistuu useita läheisiä, pyydetään nimeämään vastuuomainen, jolle tietoja annetaan. Omaiset tarvitsevat kutsun yhteistyöhön ja osallistumaan ja hoitohenkilökunnan tulee toimia suhteessa aloitteen tekevänä ja aktiivisena osapuolena. Omaisten osallistumisella parannetaan asiakkaan sopeutumista ja hoitoon sitoutumista. (Anttila ym. 2006, 47.)

Ohjauksessa käytetyn kielen tulee olla ymmärrettävää ja tiedon ystävällisesti, yksinkertaisesti sekä selkeästi annettua. Keskustelun päätteeksi voi olla hyvä kerrata esille tulleita asioita lyhyesti yhteisen ymmärryksen varmistamiseksi. Tulkkipalveluita tulee käyttää aktiivisesti, jos yhteistä kieltä ei löydy. Kulttuuriset tekijät huomioidaan vuorovaikutuksessa toisen arvoja ja uskomuksia hyväksymällä ja kunnioittamalla. (Anttila ym. 2006, 49.)

Ohjauksen päämääränä on omaisen näkökulman huomioon ottaminen, hänen yksilöllisyytensä huomioiminen. Ohjaus on sidoksissa taustatekijöihin, muuttujiin, joiden tunteminen sekä huomioiminen ohjaustilanteessa on tärkeää. Hoitohenkilökunnalla tulee olla rohkeutta lähestyä omaisia ja kysyä heidän toiveitaan ohjauksen suhteen. (Anttila ym. 2006, 48 – 49.) Henkilökunnalta toivotaan myötäelämistä, kuuntelemista ja omaisen huomioimista yksilönä, aitoa kuuntelevaa läsnäoloa ja rauhallista toimintaa. Myös hiljaisuus hyväksytään, tärkeintä on ihmisen kohtaaminen. Omaisten jaksamisen tukeminen ja emotionaalisen tuen tarpeiden kohtaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta empatiaa, rohkeutta, toimivaa vuorovaikutussuhdetta ja kommunikaatiokykyä. (Anttila ym. 2006, 50.)

Omaiset kokevat vuorovaikutuksensa henkilökunnan kanssa kiireen, pinnallisuuden ja suunnittele mattomuuden sävyttämäksi. Omaisen ohjaamiseen tulee varata riittävästi aikaa ja mahdollisesti rauhallinen erillinen tila. Keskustelua ei aina voida käydä vuoteen ääressä. (Anttila ym. 2006, 48.)

Ohjaustilannetta suunniteltaessa tulee selvittää asiakkaan ja hänen omaisensa tarpeet, jolloin ohjauksesta tulee tasavertaista ja kaikkien osapuolien mielipiteitä kunnioittavaa. Ohjauksen tulee olla vuoropuhelua, joka edellyttää dialogia ja aitoa kiinnostusta. Tavoitteena ohjaukselle on yhteinen päämäärä, jota osapuolien tietojen yhdistäminen edesauttaa. (Anttila ym. 2006, 51.)

14 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö on osoitus tekijänsä ammatillisesta osaamisesta sekä asiantuntijuudesta. Samalle se on myös osa ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyötä kehittäen sekä työtä että työelämän käytänteitä. Opiskelija soveltaa opinnäytetyössään opintojensa aikana kertynyttä

osaamistaan: tietoa ja taitoa johonkin alansa ilmiöön tai aihepiiriin. On suositeltavaa, että opinnäytetyön aihe on selkeästi työelämälähtöinen. (Hemmilä 2009.) Sen tulisi lisäksi olla tutkimuksellisella asenteella toteutettu, käytännönläheinen sekä alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava (Vilka & Airaksinen 2003, 1).

Työelämän käytännöt ovat osoittaneet toimeksiantajien toivovan ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetöinä muitakin kehittämishankkeita kuin tutkimuksia. Opinnäytetöiden toiminnallisuus kiinnostaa myös opiskelijoita, koska tällä tavoin saadaan välineitä teorian ja käytännön yhdistämiseen. (Vilka & Airaksinen 2003, 5.) Toimeksiannettu opinnäytetyö aihe opettaa projektinhallintaa ja lisää vastuuntuntoa, koska tällaisen opinnäytetyö prosessiin kuuluvat täsmällisen suunnitelman tekeminen, sovitut toimintaehdot ja -tavoitteet sekä aika- taulutettu toiminta ja tiimityö. (Vilka & Airaksinen 2003, 16.)

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä ja se voi olla ammatilliseen käyttöön suunnattu ohjeistus, ohje tai opastus. Toiminnallisella opinnäytetyöllä voidaan tarkoittaa tapahtuman toteuttamista, näyttelyn järjestämistä tai kohderyhmän mukaan tehtyä opasta tai kansiota. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Toiminnallista opinnäytetyötä suunniteltaessa on suositeltavaa löytää työlle toimeksiantaja, koska näin tuotetun ja prosessoidun työn avulla opiskelija kykenee näyttämään osaamistaan laajemmin, herättämään työelämän kiinnostuksen sekä mahdollisesti työllistämään itsensä. Koulutuksella tavoitellaan ammattitaitoa, joka mahdollistaisi työllistymisen heti valmistutumisen jälkeen ja opinnäytetyön aiheen valinnalla voidaan tätä tilannetta vahvistaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 16.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä tarvitse käyttää tutkimuksellisia menetelmiä, koska työn laajuus kasvaa helposti liian suureksi. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa onkin kompromissi resurssien, toimeksiantajan toiveiden, kohderyhmän tarpeiden ja oppilaitoksen opinnäytetyövaatimusten välillä. Tutkimus on toiminnallisessa opinnäytetyössä lähinnä selvitysten tekemistä ja selvitys liittyy usein hyvin löyhästi teoriaan toimien tiedonhankinnan apuvälineenä. Tutkimuksellisen selvityksen avulla voidaan kuitenkin kartoittaa kohderyhmää tai sen tarpeita. (Vilka & Airaksinen 2003, 56 - 57.)

15 Kirjallinen ohjausmateriaali

Ohjausmenetelmiä on useita ja niiden valinta vaatii tietämystä asiakkaan omaksumistavoista. Arvioidaan kuitenkin, että asiakkaat muistavat vain 10 prosenttia kuulemastaan, mutta 75 prosenttia näkemästään. Jos asiakkaan ohjaustilanteessa yhdistyvät sekä puhe- että näköaistien käyttäminen, he muistavat 90 prosenttia läpikäydyistä asioista. Ohjaus on vaikuttavinta, kun siinä käytetään samalla kertaa useita ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Asiakkaan hoitoon sitoutumista voidaan auttaa sisällöltään yksilöllistä ohjausta tukevan ja hyvin laaditun kirjallisen materiaalin keinoin. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa ja tästä syystä kirjallisen materiaalin merkitys ohjauksessa korostuu. (Kyngäs & Hentinen 2009, 115; Alaperä ym. 2006, 66.) Kirjallisia ohjeita laatiessa pyritään vastaamaan potilaan tiedollisiin tarpeisiin. Kirjallisia ohjeita antamalla vältetään ja oikaistaan väärinkäsityksiä sekä vähennetään potilaan ahdistuneisuutta ja lisätään tietoa potilaan saatavilla olevista palveluista. (Alaperä ym. 2006, 66.) Kirjallisen ohjeen avulla potilas kykenee palauttamaan mieleen asioita, joita ohjaustilanteessa on käsitelty. (Kyngäs ym. 2007, 124; Hallila 2005, 97.) Terveysaineiston avulla tuetaan käsiteltävää aihetta täsmentämällä ja vahvistamalla sekä parannetaan yksilön tai yhteisön osallistumista oman terveytensä ja sairautensa hoitoon (Koskinen- Ollonqvist 1985, Parkkunen, Vertio, & Koskinen-Ollonqvist 2001, 3 mukaan).

Kirjallista materiaalia ei anneta vain sen vuoksi, että sitä on saatavilla. Sen tulee aina tukea ohjauksessa käsiteltyjä asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73; Torkkola ym. 2002, 29.) Kirjalliset ohjeet eivät voi korvata henkilökohtaista ohjaamista, mutta ne ovat usein henkilökohtaisen ohjauksen tarvittava tärkeä täydennys (Torkkola ym. 2002, 8). Henkilöltä henkilölle tapahtuva viestintä on tehokkainta (Parkkunen ym. 2001, 8). Kirjallisista potilasohjeista myös potilaan omaisten on mahdollisuus saada tietoa kotihoidosta (Torkkola ym. 2002, 29).

Potilasohjeiden kirjoittamisessa on kaksi lähtökohtaa; laitoksen tarve ohjata potilaita toimimaan oikein sekä potilaiden tarve saada olennaista tietoa (Torkkola ym. 2002, 35). Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu ainoastaan silloin, kun hänellä on käytettävissään kaikki olennainen tieto terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtomahdollisuuksista sekä niiden vaikutuksista. Tietoja antaessa tulee olla rehellinen ja tiedottaa ymmärrettävästi. (Alaperä ym. 2006, 66.)

Terveysaineistoja suunnataan ajoittain päällekkäin tai ne voivat joillakin aihealueilla olla puutteelliset. Tästä syystä aineiston tarve tulee selvittää ennen suunnittelua. (Parkkunen ym. 2001, 7.) Samaan ongelmaan on kiinnittänyt huomiota Dixon-Woods (2000) mainiten joidenkin aihealueiden olevan ylliedustettuina, kun taas tietyille potilasryhmille, kuten etnisille vähemmistöille tai vanhuksille aineistoa ei ole lainkaan (Parkkunen ym. 2001, 7 mukaan). Vanhenehmissa mukanaan tuomat tekijät tulee ottaa huomioon kirjallisen ohjausmateriaalin kehittämisessä ja ikääntyneiden potilaiden ohjaaminen onkin tulevaisuuden haaste terveydenhuollolle. (Alaperä ym. 2006, 66 – 67.)

Kirjalliset oppaat ja -ohjeet ovat kirjallista ohjausmateriaalia ja ne voivat olla yhden sivun mittaisia lyhyitä ohjeita tai lehtisiä tai useampisivuisia pieneköjä oppaita tai kirjasia. (Kyngäs ym. 2007, 124; Parkkunen ym. 2001, 8.) Kirjallisissa oppaissa tekstin tulee olla kohderyhmää puhuttelevaa ja käytettävän kirjoitustyylin sisällön kannalta tarkoituksenmukaista. Lisäk-

si on huomioitava tuotoksen käyttötarkoitus ja erityisluonne sekä kohderyhmän tietämys aiheesta, ikä ja asema. (Vilkka & Airaksinen 2003, 129.) Potilasohjeen odotetaan sisältävän asiallisia ja tarpeellisia neuvoja selkeästi kirjoitettuna (Torkkola ym. 2002, 18). Hyvä potilasohje, kirjoittavat Torkkola ym. (2002, 34), palvelee juuri tiettyä paikkaa, sen henkilökuntaa ja potilaita. Tekstin sisällön tulee palvella tavoitetta, vastaanottajaa sekä viestintätilannetta (Vilkka & Airaksinen 2003, 51).

Lukijan tulee ymmärtää ensimmäisestä virkkeestä, että opas on tarkoitettu juuri hänelle. Lisäksi ohjeen alun tekstistä tulee käydä ilmi mistä on kysymys. Perustelemalla ja selittämällä voidaan varmistaa ohjeiden perillemeno, käskytyyliä tulee välttää. Perusteluiden käytännöllä mahdollistetaan potilaan oikeus itsemääräämisoikeuteen. Potilasohjeessa tärkein asia sijoitetaan ohjeeseen ensin ja näin kirjoittaja ilmaisee arvostavansa lukijaa. (Torkkola ym. 2002, 36 - 39.) Terveystietokeskuksen terveysaineiston laatukriteerien mukaan hyvän terveysaineiston sisällöllä tulee olla konkreettinen terveystavoite, lisäksi aineiston tulee sisältää sopiva määrä virheetöntä ja oikeaa tietoa (Terveystietokeskus, Parkkunen ym. 2001, 10 mukaan).

Kirjoitetun tekstin tulee olla havainnollista yleiskieltä, hyvää suomea, jossa yksi asiakokonaisuus esitetään yhdessä kappaleessa (Torkkola ym. 2002, 42; Terveystietokeskus, Parkkunen ym. 2001, 10 mukaan). Oppaiden kieliasuun liittyviä laatukriteereitä käsittelevät Butow ym. (1998) todeten helppolukuisuuden nousseen useissa tutkimuksissa lukijoiden nimeämäksi oppaan tärkeimmäksi ominaisuudeksi (Parkkunen ym. 2001, 13 mukaan).

Otsikot ja väliotsikot lisäävät ohjeen luettavuutta ja jakavat tiedon sopiviin lukupaloihin. Kuvien avulla voidaan herätellä mielenkiintoa, lisätä luettavuutta ja ne auttavat ymmärtämisessä. Ihmisen anatomiaa ja toimenpiteitä selventävät piirroksot sekä kuvat ovat esimerkkejä hyvästä kuvituksesta. Kuvien rinnalla kulkee selittävä teksti. Kuvitusta käytetään tukemaan tekstiä, kuvat eivät saisi jäädä irrallisiksi ilman asiayhteyttä. (Torkkola ym. 2002, 39 - 40.)

Potilasohjeen luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen vaikuttavat lisäksi taitto eli kuvien ja tekstin asettelu paperille. Palstojen määrä, marginaalien leveys, kirjasintyyppi ja rivivälit sekä vaaka- tai pysty asettelu paperille tuovat vaihtoehtoja ohjeen ulkoasuun. Vaikka ohjeen ulkoasu onkin tärkeä, tulee muistaa, että ohjeen asia on kuitenkin se tärkein. Samoihin ulkoasuun koskeviin asioihin kiinnitetään huomiota Terveystietokeskuksen terveysaineiston laatukriteereissä. (Torkkola ym. 2002, 55 - 59; Terveystietokeskus, Parkkunen ym. 2001, 10 mukaan.) Näkövammaisten keskusliiton mukaan erityisryhmien tai vanhusten tarpeita ei oteta tarpeeksi usein huomioon oppaiden ulkoasua suunniteltaessa. (Parkkunen ym. 2001, 15).

15.1 Taustatietoja Järvenpäästä

Järvenpää kaupunki sijaitsee Tuusulanjärven pohjoispäässä hyvien liikenneyhteyksien äärellä. Järvenpää sykkii kotisivujensa mukaan voimakkaasti nykyaikaa. Sen väestö on nuorta ja hyvin koulutettua. Asukkaita Järvenpäässä 31.12.2009 oli 38708, joista ikäryhmään 65-74 vuotta kuului 2653 asukasta eli 6.9 prosenttia ja yli 75-vuotiaita oli 1756 eli 4,5 prosenttia kaupungin asukkaista. (Tilastotietoa Järvenpäästä 2011.)

Pihlavistokoti on asumispalveluyksikkö, joka tarjoaa järvenpääläisille ikääntyneille kodinomaisessa ympäristössä toimintakykyä ylläpitävää ja kuntoutumista edistävää hoivaa ja hoitoa. Hoidon suunnitteluun ja arkeen on myös ikääntyneen omaisten sekä läheisten mahdollisuus osallistua. Vastuuhoitaja, joka nimetään Pihlavistokodissa asuvalle, huolehtii hoidon ja palvelun suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista ja vastaa yhteydenpidosta omaisiin. Pitkäaikaisen palveluasumisen lisäksi Pihlavistokodissa toimii intervalli- ja arviointiyksikkö, jonka tehtävänä on tarjota omaishoitajille lakisääteiset vapaat sekä kotona asuville vuorohoitajaksoja kotona asumisen tukemiseksi. Lisäksi intervalli- ja arviointiyksikkö vastaa iäkkäiden järvenpääläisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinneista. Vastuuhenkilönä toimii hoitotyön esimies. (Pihlavistokoti 2011.)

”Järvenpäässä kotihoito toimittaa järvenpääläisille pitkäaikaissairaille maksuttomia hoitovälineitä ja -tarvikkeita osana kansanterveystyöhön kuuluvaa avosairaanhoitoa. Tarkoituksena on edistää pitkäaikaisten sairauksien kotihoitoa ja seurantaa sekä parantaa kuntalaisen itsehoiton edellytyksiä työ- ja toimintakykyä sekä elämänlaatua. Järvenpään maksuttomien hoitotarvikkeiden ja -välineiden jakelussa noudatetaan sosiaali- ja terveyslautakunnan hyväksymiä toimintaperiaatteita. Toimintaa valvoo avosairaanhoidon ylilääkäri ja sitä toteuttavat sairaanhoitovälineistä ja -hoitotarvikkeista vastaavat hoitajat. Jakeluun piiriin pääseminen edellyttää terveyskeskuslääkärin tai erikoissairaanhoidon lääkärin laatimaa hoitosuunnitelmaa ja suositusta maksuttomista hoitovälineistä ja -tarvikkeista. Perusteena on pääsääntöisesti yli kolme kuukautta kestävä tarve sekä erityisperusteet. Terveyskeskus tai erikoissairaanhoidon lääkärinlausunnosta tulee ilmetä lääketieteellinen syy ja lyhyt kuvaus sairaudesta perusteluina tarvittaviin hoitovälineisiin ja -tarvikkeisiin sekä niiden arvioitu tarve. Asiakas täyttää itse hoitoväline ja -tarvikehakemuksen. Liitteenä Järvenpään kaupungin hoitoväline ja -tarvikehakemus (Liite 4).” (Laine 2011.)

15.2 Alukartoitus Pihlavistokodissa

Kävimme tutustumassa Järvenpään Pihlavistokodin intervalli- ja arviointiyksikköön 22.10.2010 ja kartoitimme samalla heidän toiveitaan koskien paikan opinnäytetyötilausta iäkkäiden inkontinenssioppaasta. Keskustelimme kahden Pihlavistokodin hoitajan kanssa ja he kertoivat

yksikön oleva 21 paikkainen. Asukkaiden ikäjakauma on hoitajien kertoman mukaan laaja. Hoidettavat ovat 65–100 vuotta vanhoja ja heidän keski-ikänsä on noin 85 vuotta. (Ranki & Rinkinen 2010.)

Pihlavistokodin yksikkö on tällä hetkellä ainoa paikka, joka tarjoaa järvenpääläisille omaishoidontukiasiakkaille intervallihoidtoa. Omaishoidontukiasiakkaiden intervallijaksot eli lyhyt- ja kaishoitajaksot sovitaan etukäteen ja hoitajaksot voivat kestää vuorokaudesta kolmeen viikkoon. Intervallihoidtoa tarjotaan pääasiallisesti omaishoidontukiasiakkaille, mutta jos ilmenee vahvaa näyttöä intervallihoidon tarpeesta ja sen arvioidaan pidentävän sekä edistävän kotona asumista, voidaan intervallihoidtoa myöntää myös muille kuin omaishoidettaville. Nämä päätökset perustuvat harkintaan ja ne käsitellään tapauskohtaisesti yksikön paikkatilanne huomioiden. (Ranki & Rinkinen 2010.)

Intervallihoidon lisäksi yksikkö arvioi ikääntyneiden järvenpääläisten kotona selviytymistä. Asiakkaat tulevat arviointiyksikköön Järvenpään terveystieteiden sairaalan akuuttihoito-osastoilta AKOS 1, AKOS2 tai erikoissairaanhoidosta jne. Intervalli- ja arviointiyksikkö ei tarjoa pitkäaikaishoitoa, mutta tarvittaessa sen asiakkaat odottavat arviointijakson jälkeen asianmukaista hoitopaikkaa heidän yksikössään. Pisin sijoittamisjakso on hoitajien kertoman mukaan kestänyt 9 kuukautta, mutta pääsääntöisesti odotusajat ovat tätä lyhyemmät. (Ranki & Rinkinen 2010.)

Järvenpään koti- ja laitoshoidon tilatun ikäihmisten inkontinenssioppaan tilauksen yhteydessä meille tarjottiin vaihtoehtoisesti mahdollisuutta tehdä inkontinenssista opas henkilökunnan käyttöön. Kerroimme tästä vaihtoehdosta hoitajille, mutta he kertoivat työpaikkakoulutusta aiheesta olleen tarjolla usein riittävästi ja heidän toiveenaan olikin saada inkontinenssiopas asiakkaiden sekä heidän omaistensa käyttöön. Hoitajat kertoivat huomanneensa, että heidän iäkkäillä asiakkaillaan ei ollut riittävästi tietoa inkontinenssista ja sen hoitomodoista. Jo inkontinenssisuojien hankkiminen ja asianmukainen käyttö todettiin puutteelliseksi. (Ranki & Rinkinen 2010.)

Hoitajat toivoivat oppaan sisältävän tietoa virtsapidätyskyvyttömyydestä, sen yleisyydestä, eri muodoista ja oireista sekä hoidosta. Oppaassa voi olla heidän mukaansa liitteenä inkontinenssinhaitta-aste kysely tai muu vastaava kysely oireiden vaikeusasteen selvittämiseksi. Hoitajien toiveena oli lisäksi, että oppaasta löytyisi tietoa sekä miesten että naisten inkontinenssista. Henkilökunta toivoi lisäksi oppaasta löytyvän tietoa käytännön asioista, kuten vaippojen tilauksesta ja hankinnasta. Lisäksi oppaasta toivottiin löytyvän tietoa mahdollisuudesta hakea päätöstä maksuttomista hoitotarvikkeista, koska asiakkailla tai heidän omaisillaan ei välttämättä ole tietoa kyseisestä asiasta. Oppaassa toivottiin käytettävän helppoa ja selkeää kieltä. (Ranki & Rinkinen 2010.)

15.3 Opinnäytetyön toteuttaminen, eteneminen ja arviointi

Opinnäytetyöprosessimme alkoi vuosi sitten keväällä, jolloin opinnäytetyön aloittaminen tuli opinnoissamme ajankohtaiseksi. Halusimme tehdä opinnäytetyömme neljän hengen ryhmässä, koska olimme aikaisemminkin tehneet ryhmätöitä yhdessä ja huomanneet sen erittäin hyväksi tavaksi toimia. Lisäksi vietimme koulupäivinä aikaa yhdessä ja tunsimme toisemme riittävän hyvin sitoutuaksemme yhteiseen projektiin, koska opinnäytetyön tekeminen ryhmässä vaatii myös luottamusta. Meillä kaikilla on työkokemusta vanhustyöstä ja olemme työskennelleet kukin tahoillamme kotihoidossa ja tästä syystä vanhustyö ohjasi opinnäytetyömme aiheen hahmottelua.

Opinnäytetyömme aiheen valintaa koskien kävimme runsaasti keskustelua. Yhteisenä ryhmälämme oli mielipide tutkimuksellisen opinnäytetyön mahdottomuudesta. Kyseisellä tavalla toteutettu opinnäytetyö ei kiinnostanut meitä vaan halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön vanhustyöhön liittyen. Tutustuimme Laurean opinnäytetyöpankissa oleviin tilauksiin ja muutamat tilatuista aiheista vaikuttivat kiinnostavilta. Järvenpään koti- ja laitoshoidolta oli pankissa useampikin tilaus ja kolme ryhmästämme innostui asiakasoppaasta inkontinenssia koskien. Yhden ryhmäläisistä oli vaikeaa jakaa muun ryhmän innostusta, mutta keskusteltua aiheen tärkeydestä ja ajankohtaisuudesta yhteisymmärrys löytyi. Olimme löytäneet opinnäytetyöllemme aiheen. Tutkimuksellisen työn sijasta halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, koska toiveenamme oli tehdä työ, josta olisi valmistuttuaan hyötyä tilauksen tehneelle osapuolelle käytännön työssä.

Sairaanhoitajaopinnoissamme oli käsitelty ikääntyneiden hoitotyötä niukasti ja vanhustyön tekijöinä koimme tarvitsevamme lisää gerontologisen hoitotyön asiantuntijuutta. Hoitotyössä sairaanhoitaja työskentelee eri-ikäisten asiakkaiden kanssa, mutta ikääntyneiden määrän lisääntyessä tulee gerontologisen hoitotyön osaaminen tulevaisuudessa nousemaan tärkeäksi erityisosaamisen alueeksi. Inkontinenssi on ikääntyneiden kanssa työskenteleville jokapäiväinen, ehkä arkipäiväinenkin asia ja asian tuttuuden vuoksi voi toisinaan olla vaikeaa orientoitua ongelmaan asiakasnäkökulmasta ja etsiä siihen ratkaisuja.

Aiheen valinnan jälkeen olimme yhteydessä Järvenpään hoitotyön esimieheen Pirjo Komulaiseen, jolta tiedustelimme onko tilaukseen liittynyt aihe vielä vapaana. Aihe oli vielä ryhmämme käytettävissä ja saimme Pirjo Komulaisen välityksellä Minna Lahnalampi-Lahtiselta kirjallisen hakemuksen lähettämisen jälkeen suullisen luvan 23.8.2010 opinnäytetyömme aloittamiseen.

Olimme kaikki sitä mieltä, että halusimme opinnäytetyömme ohjaajaksi lehtori Aila Murron. Aila Murto on toiminut tutor-opettajanamme ja tiesimme hänen olevan kiinnostunut geronto-

logisesta hoitotyöstä. Lähestyimme häntä sähköpostitse ja hän lupautui ystävällisesti ohjaajaksemme. Seuraavaksi sovimme tapaamisen Järvenpään Pihlavistokotiin 22.10.2010, jossa teimme alkukartoituksen haastattelemalla kahta Pihlavistokodin hoitajaa. Tutustuimme opinnäytetyöhömmme mahdollisesti sisältyvään teoriaan Pihlavistokodista haastattelun perusteella esitettyjen ja syntyneiden ajatusten pohjalta.

Kokoonnuimme työstämään aiheanalyysiä ja lähetimme opinnäytetyömme aiheanalyysin 25.9.2010 monialaiselle opinnäytetyötiimille. Lisättyämme analyysiin luettelon suunnitellusta lähdemateriaalista saimme opinnäytetyömme aiheelle ja suunnitelmalle hyväksynnän.

Hoitajien tapaamisen jälkeen pidimme palaverin, jolloin prosessoimme aihetta ja mietimme teoriaosuuteen sisällytettävää materiaalia. Tämän jälkeen jaoimme teoriaosuuteen liittyvät aiheet neljään osaan, josta jokainen ryhmäläinen sai valita itseään kiinnostavan aiheen. Aiheiden valitseminen oli helppoa, koska jokaiselle oli teoriaosuuden kypsyttelyn yhteydessä muodostunut kuva osasta, johon toivoi saavansa syventyä ja jonka koki omakseen. Sovimme yhden ryhmäläisistä toimivan teoriaosuuden kokonaisuuden koordinoijana. Koska ryhmäämme kuului neljä opiskelijaa, arvioimme opinnäytetyömme vaadittavaksi laajuudeksi noin 100 sivua. Tämän perusteella jokaiselle ryhmäläisistä muodostui kuva oman osuuden laajuudesta lopullisessa työssä.

Opinnäytetyöprosessin tässä vaiheessa jokainen työsti valitsemansa teoriaosuuden kokonaisuutta kirjallisuuteen perehtyen. Kirjoja, jotka olisivat käsitelleet vain inkontinenssia, löytyi muutamia ja niistäkin osa oli julkaisu yli kymmenen vuotta sitten. Ikääntyneiden inkontinenssia käsiteltiin kirjallisuudessa lähinnä geriatrian tai gerontologisen hoitotyön yhteydessä ja osittain hyvin niukasti. Opinnäytetöitä Theseus-tietokannasta inkontinenssia koskien löytyi vain yksi, jossa käsiteltiin inkontinenssia synnyttäneiden naisten osastolla. Tutkimustietoa aiheesta löytyy runsaasti, mutta englanninkielisenä.

Koska työstimme materiaalia jokainen tahoillamme, keskustelimme sähköpostin välityksellä vielä tarkemmin aiheiden rajauksista sekä jokaisen osuuteen liittyvästä teoriasta. Käytimme koulupäivien jälkeiset illat opinnäytetyömme työstämiseen. Sovimme joululomalle jäädesämme, että teoriaosuuden opinnäytetyöstämme tulee olla valmiina 31.1.2011. Aikataulusta sopiminen auttoi meitä pysymään sovitussa vauhdissa opinnäytetyön valmistumista ajatellen. Aikatauluttamisen ansioista opinnäytetyömme oli tammikuun puolivälissä valmiina esiteltäväksi suunnitelmaseminaarissa. Tapasimme ohjaajamme Aila Murron pikaisesti 11.1.2011, koska tuolloin oli viimeinen ilmoittautumispäivä 25.1.2011 pidettävään suunnitelmaseminääriin. Saimme Aila Murrolta hyväksynnän osallistumisesta suunnitelmaseminääriin.

Lähetimme Järvenpään kaupungin inkontinenssihoitaja Kati Hannukselalle sähköpostitse kyselyn koskien Järvenpään käytäntöjä maksuttomista hoitotarvikkeista ja erityisesti inkontinenssitilanteista. Hannuksela ilmoitti siirtyneensä toisiin tehtäviin ja kertoi lähettäneensä kyselymme seuraajalleen Heidi Viidalle. Koska tarvitsimme vastausta käytänteistä nopealla aikataululla, otimme Heidi Viidan lisäksi yhteyttä myös kotihoidon johtajaan Eeva Laineeseen. Saimme Eeva Laineelta pikaisesti vastaukset kysymyksiimme.

Esittelimme työmme suunnitelmaseminaarissa 25.1.2011 ja työmme opponijina toimivat Jaana D'arcy ja Seija Kautto. Saimme opponijilta sekä Eila Marttilalta, joka sijaisti ohjaajamme Aila Murtoa, hyviä ohjeita jatkoa ajatellen. Eila Marttila toivoi teoriaosuudessa hoitotyön näkökulmaa näkyvämmäksi ja ulkoasuun selkeyttämistä. Palaute opponijilta oli rohkaisevaa ja he kiittelivät aiheen laajaa ja hyvää käsittelyä. Teoriaosuus oli opponijien mielestä selkeä ja monipuolinen. Lisäksi he toivoivat ryhmämme tiivistävän muutamia kappaleita sekä lyhyiden, muutaman lauseen mittaisten kappaleiden yhdistämistä. Eila Marttilan kehittämis ehdotuksen mukaisesti päätimme lisätä työmme teoriaosuuteen hoitotieteellisiä tutkimustuloksia inkontinenssia koskien. Koska tutkimustietoutta suomenkielisenä löytyi vain niukasti, englanninkieliseen materiaaliin tutustuvan ryhmäläisen valinta oli helppoa. Liitimme lisämateriaalin jo olemassa olevan teorian tueksi.

Saimme opinnäytetyömme suunnitelmaa esittelevässä seminaarissa oppaan toteutustapaa koskevan idea, jonka käyttökelpoisuutta arvioimme suunnitellun oppaan toteutustapaan verraten. Totesimme ajatuksen oppaasta Word-tiedostona palvelevan Pihlavistokodin asiakkaita paremmin, koska tässä muodossa oppaan tietojen ajan tasalla pitäminen helpottuu. Lisäksi ajattelimme hoitajien työtä helpottavan se, että opas löytyy tietokoneelta ja muistitikulta tiedostona käyttövalmiina tulostettavaksi. Näin vältetään alkuperäisen työn säilyttämiseltä, kopioiden ottamiselta ja etsimiseltä. Kysyimme Pihlavistokodista lupaa toteuttaa opas Word-tiedostona ja he pitivät ajatusta hyvänä. Esitimme asian opinnäytetyömme ohjaajalle Aila Murrolle ohjauskeskustelussa ja myös hän hyväksyi asian.

Tapasimme ohjaajamme Aila Murron 16.2.2011 ja keskustelimme opinnäytetyömme teoriaosuuden rakenteesta sekä sisällöstä. Saimme ohjaavalta opettajalta työstämme hyvää palautetta sekä kehittämis ehdotuksia. Aila Murrolta saimme positiivisen palautteen lisäksi kehittämis ehdotuksia teoriaosuuden otsikointia ja teorian tiedon loogista esittämisjärjestystä koskien. Teimme nämä muutokset ohjauksen jälkeen opinnäytetyöhömmme. Lisäksi keskustelimme ohjaustilanteessa opinnäytetyömme nimestä, jossa alkuvaiheessa oli vain nykyinen pääotsikko. Lisäsimme ohjaajan ehdotuksesta työhömmme oppaan tekoprosessia selvittävän alaotsikon. Koska palaute teoriaosuudesta oli rohkaisevaa, uskaltauduimme tämän ohjaustilanteen jälkeen käydä työstämään tulevaa opasta.

Oppaan teon aloitimme 16.2.2011, jolloin tapasimme koululla. Sovimme, että jokainen miettii seuraavaan tapaamiseen valmiiksi oppaaseen tulevia asioita tai aiheita. Kävimme yhdessä läpi oppaan sisältöä ja otsikointia pääpiirteittäin sekä keskustelimme oppaan sisältöön vaikuttavista asioista. Koska oppaan on tarkoitus kertoa lyhyesti ja ytimekkäästi inkontinenssista ikääntyneille, mietimme oppaan kohderyhmän tarpeita sekä tilaajaosapuolen intressejä. Päivän lopuksi työstimme teoriaosuuden tiivistelmän ja sovimme sen englanninkielisen version kirjoittamisesta.

Työstimme ”Pieni opas inkontinenssista” tiedoston valmiiksi 23.2.2011 tavatessamme koululla (Liite 5). Oppaan tekemisessä käytimme apunamme kirjallisen potilasoppaan tekemisestä julkaistua materiaalia. Oppaassa käytetty kirjasintyyppi on helppolukuinen ja fontin koko on valittu myös heikkonäköisiä ajatellen. Oppaan sisällön otsikoimme vastaamaan opinnäytetyömme teoriaosuuden otsikointia pääpiirteittäin. Tämän jälkeen työstimme teoriasta ydinasiat mahdollisimman ymmärrettävästi ja ytimekkäästi oppaaseen. Pidimme oppaan tekstiä hahmotellessamme koko ajan oppaan kohderyhmän mielessämme. Vaikka inkontinenssi on vakiintunut yleiseen kielenkäyttöön, koimme ikääntyneille suunnatussa tekstissä luontevammaksi käyttää termiä virtsankarkailu. Kuvituksen käyttöä oppaan sivuilla mietimme, mutta kokeiltuamme erityyppisiä kuvia sekä kuviointeja tekstin rinnalla päädyimme valitsemaan ainoastaan yhden kuvan oppaan loppuun. Kuva on mustavalkoinen, jolloin oppaan ulkonäkö ei muutu mustavalkoisena tulostettaessa. Paperin kehukset antavat tekstille ja oppaalle ryhtiä ja tekevät sivuista helpommin hahmotettavia.

Sovimme jokaisen lukevan oppaan kotona ja seuraavassa tapaamisessa 2.3.2011 muokkasimme opasta edelleen. Lähetimme oppaan Pihlavistokotiin Riitta Rinkiselle ja hänen työtovereilleen tutustuttavaksi ja pyysimme heiltä palautetta oppaasta ja sen toimivuudesta. Oppaan jatko-työstämisen lisäksi teimme prosessikuvauksen miellekarttaa apuna käyttäen. Lisäksi sovimme, että jokainen esitestaa opasta ikääntyneiden sukulaistensa tai läheistensä joukossa. Ilmoit-
tauduimme opinnäytetyötämme koskevaan kypsyysnäytteeseen 31.3.2011.

Riitta Rinkinen ilmoitti, että oli lähettänyt oppaan Pihlavistokodin osastonhoitaja Pirjo Komulaiselle sekä hoitaja Nina Rankille. Saimme heiltä muutaman viikon kuluttua palautteen, jossa he totesivat, että opas on hyvä ja selkeä sisältäen juuri olennaista tietoa. Heillä ei ollut oppaaseen mitään korjaus- tai muutosehdotusta.

Kokoonnuimme jälleen kerran koululla 31.3 ja työstimme teoriaosuuden oikeakielisyyttä, kappalejakoa ja kappaleiden sisältöä. Korjasimme kirjoitusvirheitä ja poistimme toistoa, jota teoriassa esiintyi. Lisäksi tarkastimme lähdemerkintöjen ja lähdeluettelon vastaavuuden. Tapasimme samalla kerralla ohjaajamme Aila Murron ja saimme häneltä kannustavaa palautetta. Tämän tapaamisen jälkeen ilmoittauimme julkaisuvaiheen seminaariin 3.5.2011.

16 Pohdinta

lökkäiden määrän lisääntyessä inkontinenssista tulee yleisempi vaiva ja tästä syystä inkontinenssiosaamista tarvitaan. Koemme, etteivät vanhustenhoidossa perinteisillä ”vaippavastaa-
van” titteleillä varustetut hoitajat riitä vastaamaan tulevaisuuden tarpeita inkontinenssia koskien. Jo nykypäivänä tarvitaan osaavaa ja ammattitaitoista henkilöstöä, joka on kiinnostunut vanhustyöstä, inkontinenssista, sen hoidosta ja hoidon kehittämisestä. Teoriaosuutemme avulla saimme kattavan kuvan inkontinenssin hoidosta, mutta useissa lähteissä mainitaan hoidon toteutuksen jäävän käytännössä puutteelliseksi.

Käypä hoito suositukset naisten virtsankarkailusta on julkaistu vuonna 2007 ja tässä suosituksessa peräänkuulutetaan kaikkia osapuolia koskien rohkeutta ottaa asiaa esille, koska tähän ongelmaan on olemassa tehokkaita hoitoja. Ohjeessa korostetaan lisäksi, että vaivaa voidaan myös ehkäistä ja tähän asiaan haluaisimmekin ongelman parissa työskentelevien kiinnittävän huomiota. Virtsainkontinenssi ei kuulu normaaliin ikääntymiseen, kuten olemme jo aiemmin maininneet. Lantionpohjan lihaksiston harjoittamisella kyetään parantamaan sekä miesten että naisten virtsanpidätyskykyä ja tällä tavoin ehkäisemään inkontinenssin ilmaantumista. Lantionpohjan lihaksiston harjoittamisesta kerrotaan naisille synnytyksien yhteydessä, mutta tähän asiaan olisi hyvä löytyä aktiivisuutta kaiken ikäisten naisten hoitotyössä. Myös miesten itsehoitovalmiuksia voidaan ohjaamisella parantaa.

Monitahoisten toimintakykyä uhkaavien tilanteiden selvittelyssä tarvitaan perusteellista geriatriasta arviointia, koska ne ilman oikea-aikaista puuttumista voivat johtaa pysyviin toiminnanvajavuuksiin, runsaaseen tai lisääntyneeseen avun tarpeeseen ja pahimmillaan jopa kuolemaan. Tällaisiksi geriatrian jättiläisiksi kutsuttuja oireyhtymiä ovat mm. huonontunut tasapaino ja kaatuilu, vähäinen liikkuminen, äkillinen sekavuustila, muistihäiriöt ja virtsainkontinenssi. Näiden geriatrien oireyhtymien arviointi, hoito ja kuntoutus sekä tukitoimenpiteet on parasta toteuttaa moniammatillisena yhteistyönä, koska potilaantoimintakykyä ovat heikentämässä useat eri tekijät. (Karppi & Nuotio 2008, 21.)

Virtsainkontinenssista käytetään nimitystä ”geriatrian jättiläinen” sekä ”ovensuu-vaiva”. Geriatrian jättiläinen, koska inkontinenssi itsessään ja välillisesti aiheuttaa ikääntyneen toimintakyvyn heikentymistä aikaistaen laitoshoidon joutumista. Inkontinenssi koskettaa monia; se on ikääntyneen itsensä ongelma, mutta se vaikuttaa usein myös muihin ikääntyneen arjessa mukana oleviin. Ovensuu-vaiva, koska asia otetaan häveliäisyssyistä ja arkailleen puheeksi vasta vastaanottotilanteista poistuttaessa. Tällä tavalla toimittaessa asian käsittely jää kuitenkin, riittävän rohkeuden lopulta löydyttyä, puutteelliseksi. Inkontinenssista keskusteleminen on arka asia, mutta rohkaisevalla ja kannustavalla asenteella sekä aktiivisesti, mutta hienotunteisesti vaivasta kyselemällä voidaan tavoittaa myös niitä ikääntyneitä, jotka uskovat

olevansa vaivansa kanssa yksin. On tutkittu, että jopa yli puolet virtsainkontinenssista kärsivistä naisista salaa vaivansa.

Toteutimme opinnäytetyömme toiminnallisena ja sen tuotoksena syntynyttä opasta voidaan käyttää myös muissa hoitotyön ympäristöissä, kuin minne se on tehty. Oppaamme sisältää pienen osuuden Järvenpään hoitotarvikejakelua koskien, mutta tämän osuuden voi helposti päivittää, koska opas on Word-tiedoston muodossa. Kun aloittelimme toiminnallisen opinnäytetyön aiheen valintaa, toivoimme, että opinnäytetyömme valmistuttuaan palvelisi käyttökelpoisena työkaluna mahdollisimman monia. Aiheen valinnan jälkeen ja aiheesta kertovaan kirjallisuuteen perehdyttyämme, ymmärsimme aiheemme tärkeyden. Koska valtakunnallisena tavoitteena on ikääntyneiden kotona asuminen mahdollisimman pitkään, tulee toimintakykyä heikentäviin ongelmiin puuttua riittävän aikaisin ja ikääntyneiden parissa työskenteleviltä edellytetään osaamista, jolla näihin tavoitteisiin päästään. Tämän vuoksi koemme, että aihevalintamme opinnäytetyöhömmä on ajankohtainen ja tärkeä. Inkontinenssia voidaan hoitaa ja silloinkin, kun hoitaminen on mahdotonta tai tuloksetonta, voidaan oikein valituilla apuvälineillä helpottaa arjessa selviytymistä ja lisätä kotona asumisen mielekkyyttä.

Oppaamme luovuttamisesta muiden tahojen käyttöön olemme saaneet kahta erilaista tietoa; toisen tiedon mukaan oppaan käyttöoikeus siirtyy sen valmistumisen jälkeen tilaajalle eli Pihlavitokodille ja toisen tiedon mukaan opinnäytetyöryhmämme omistaa oppaan ja saamme itse päättää sen myöhemmästä käytöstä ja jakelusta. Olemme saaneet runsaasti kiinnostuneita tiedusteluja opastamme koskien ja tarkoituksenamme onkin selvittää mahdollisuutemme hyödyntää opasta myös muissa toimipaikoissa ja konteksteissa. Jos opas koetaan tarpeelliseksi ja tärkeäksi myös muissa toimipaikoissa ja toimintaympäristöissä, toiveemme saada opinnäytetyömme toiminnallinen osuus mahdollisimman hyödylliseen käyttöön toteutuu.

Hoitotyön etiikassa pohditaan miten toisia tulee kohdella sekä sitä, mikä hoitotyössä on tärkeää. Etiikan avulla kyetään tekemään valintoja sekä arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. Etiikka ei anna valmiita vastauksia, vaan välineitä ratkaisujen tarkastelemiseen. (Lahtinen 2006, 6.)

Terveysthuollon tehtävänä on Terveysthuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan kärsimyksien lievittäminen, sairauksien ehkäiseminen ja terveyden edistäminen. Eettiset periaatteet; itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen, potilaan oikeus hyvään hoitoon, yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto sekä hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, määrittävät myös ohjauksen perustaa. Lisäksi ne lisäävät ymmärrystä toimia eettisesti oikein ohjaustilanteessa. Eettisten periaatteiden pohjalta ohjauksessa on huomioitava potilaan kokemus ja näkemys ja ohjauksen tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistäminen. (Lahtinen 2006, 7.)

Inkontinenssioppaan tarkoituksena on asiakkaan, ikääntyneen, hyvinvoinnin edistäminen. Sen avulla mahdollistuu ikääntyneen oikeus hyvään hoitoon. On toivottavaa, että opasta ei käytetä sellaisenaan vaan aina henkilökohtaisen ohjaamisen tukena. Vaikka inkontinenssi on yleinen vaiva, se ei ole kaikkien ikääntyneiden vaiva ja tästä syystä hienotunteisuus ja ammattitaito asian esille ottamisessa ovat tärkeitä. Etenkin avohoidossa ikääntyneiden virtsainkontinenssi on salattu oire, joka paljastuu usein vasta asiasta kohteliaasti kysyttäessä.

Tietoa hankittaessa ja sitä julkaistaessa tulee huomioida tutkimuseettiset periaatteet, jotka ovat yleisesti ja yksimielisesti hyväksyttyjä. Tärkeää on pohtia tiedon käyttöä ja siihen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Aihetta valittaessa tulee miettiä sen yhteiskunnallinen merkittävyys ja se kenen ehdoilla ja miksi aihe valitaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 25 - 26.) Teoriaosuudessamme olemme käsitelleet inkontinenssiin liittyvää tietoa ennakkoluulottomasti ja ilman sitoumuksia. Aiheen valinnassa otimme huomioon asian yhteiskunnallisen merkityksen emmekä valinneet aiheitamme medianäkyvyyden perusteella. Opinnäytetyönämme valmistunut potilasopas sisältää ajan tasalla olevaa ja oikeaa tietoa virtsainkontinenssista.

Ikääntyneiden inkontinenssi on alihoidettu vaiva, mutta sen hoito on usein palkitsevaa. Hoidon onnistuminen vaatii kokeiluja ja aikaa. Etenkin iäkkäiden miesten voi olla vaikeaa ottaa virtsaamiseen liittyvät ongelmat hoitohenkilökunnan kanssa puheeksi ja iäkkäiden miesten on todettu motivoituvan naisia huonommin käyttämään vaippoja. Tästä syystä henkilökunnan tulee kiinnittää huomiota etenkin miesten inkontinenssiin, koska miehillä virtsankarkailun on todettu naisia nopeammin lisäävän riskiä laitoshoitoon joutumisesta. Pohdimme teoriaosuutta käsitellessämme olisiko naisilla ikääntyessä luonnollisempaa käyttää vaippoja kuin miehillä, koska naisilla kuukautissuojien käytön kautta asia on tullut tutuksi jo vuosien varrella. Hoitoala on naisvaltaista ja iäkkäiden miespotilaiden saattaa olla vaikeaa ottaa virtsaamisvaikeutensa puheeksi naishoitajien kanssa. Olisiko asian esille ottaminen helpompaa mieshoitajan kanssa, jonka ikääntynyt mies voisi ajatella ymmärtävän asian naishoitajaa paremmin.

Julkisesti on herättänyt paljon keskustelua ikääntyneiden huono hoito etenkin laitoksissa. Vanhuksia makuutetaan märissä vaipoissa ja parempikuntoisia ikääntyneitä ei auteta riittävän usein ja ajoissa vessaan. Pidätyskyvyn omaavalle iäkkäälle laitetaan vaipat, koska henkilökunta ei ole tarpeeksi avustamaan wc-käynneissä. Henkilökunnan syyllyttämisen sijaan tulisi kiinnittää huomiota yhteiskunnan asenteisiin vanhuksia ja vanhustyötä kohtaan. Vaikka hoitoalalla vallitsevien asenteidenkin tarkasteluun voi olla syytä, toivomme tätä osin syyllyttävää keskustelua enemmän vanhustyöntekijöiden saavan työrauhan ja ansaitsemansa arvostuksen työlleen.

Emme aloittaessamme opinnäytetyöprosessia ja suunnitellessamme oppaan tekoa, ymmärtäneet miten tärkeää hoitoon sitoutuminen, ohjaaminen ja kirjallinen potilasohje ovat. Ajatte-

limme potilasohjeen itsessään antavan iäkkäille riittävästi tietoa inkontinenssista. Teoriatietoa työstäessämme ymmärsimme, että ilman kunnollista ja asiantuntevaa ohjaamista kirjallinen potilasohje ei vastaa sille asetettuun tavoitteeseen. Etenkin ikääntyessä, kun uusien asioiden omaksuminen vaatii enemmän aikaa ja useita toistoja, potilasohjauksella varmistetaan asioiden ymmärtäminen ja muistaminen. Hoitotyössä ohjaaminen on aina läsnä ja hoitajien on hyvä tiedostaa eri-ikäisten erilaiset tarpeet ohjaukselle. Koska ikääntyneiden hoidossa on usein mukana läheisiä tai omaisia tulee myös heidät huomioida potilasohjauksessa. Omaisten roolin ymmärtäminen ja huomiointi ikääntyneen hoidossa on osa laadukasta gerontologista hoitotyötä.

Opinnäytetyömme oppaan käyttökelpoisuudesta ja hyödyllisyydestä asiakasnäkökulmasta olisi hyödyllistä saada tietoa. Lisäksi hoitajien näkökulmaa oppaan käyttämisestä puheeksi ottamista ja ohjaamista helpottamaan voisi olla mielenkiintoista tutkia. Kyseisten aiheiden kirjoittaminen lisäisi tietoisuutta inkontinenssioppaan vaikuttavuudesta käytännön hoitotyössä. Nämä kysymykset voisivat olla ohjaamassa sairaanhoitajaopiskelijoiden tulevia opinnäytetöitä.

Ikääntyneiden hyvään hoitoon tarvitaan nyt ja tulevaisuudessa gerontologista tietoa, iäkkäitä ja heidän elämäänsä sekä heidän kokemuksiaan arvostavaa ja kunnioittavaa asennetta. Uskomme opinnäytetyömme teorian ja oppaan herättelevän lukijoita ammattiasemasta ja iästä riippumatta tarkastelemaan käsityksiään virtsainkontinenssiin liittyen ja silloin opinnäytetyömme on tehnyt tehtävänsä.

Lähteet

- Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinkoski, R., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 65 - 76.
- Anttila, M., Kukkola, S., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T., Haapsaari, N., Koivikko, S. & Verronen, T. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 44 - 56.
- Aukee, P. 2007. Naisten inkontinenssi. Teoksessa Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) Inkontinenssin ABC- opas hyvään hoitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 35 - 40.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Hallila, L. 2005. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 97 - 110.
- Hellström, P. 2007. Miesten inkontinenssi. Teoksessa Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) Inkontinenssin ABC- opas hyvään hoitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 41 - 46.
- Hervonen, H. & Virtanen, I. 2002. Virtsateiden rakenne. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. Jyväskylä: Duodecim, 12 - 23.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 10 - 17.
- Isola, A., Vuoti, M., Saarnio, R. & Routasalo, P. 2009. Ikääntyvän hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen, M. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY, 177 - 196.
- Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko-Vuorela, M. 2009. Omaisen hoitajana. Omaishoitajat ja Läheiset- Liitto ry. Helsinki: Kirjapaja.
- Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatrinen arviointi. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 15 - 30.
- Kiilholma, P. 2007. Naisten inkontinenssin leikkaushoito. Teoksessa Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) Inkontinenssin ABC- opas hyvään hoitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 79 - 84.
- Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) 2007. Johdanto. Inkontinenssin ABC- opas hyvään hoitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Kurki, M. 2005. Inkontinenssikursseilta apua virtsankarkailuun. Miina Sillanpään säätiön julkaisu B:25. Vammalan kirjapaino.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 6 - 9.

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2008. Anatomia+ Fysiologia. Rakenteesta toimintaan. Helsinki: WSOY.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Esipuhe. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 1- 5.

Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja elämänlaatu gerontologisen hoitotyön tavoitteena. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 57 -90.

Miettinen, V. 2011. Pääosassa on vessakäynti. Sairaanhoitaja. Vol. 84. 1/2011. 34 - 37.

Mölsä, J. 2007. Inkontinenssin hoidossa käytettävät sairaanhoitotarvikkeet ja -välineet. Teoksessa Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) Inkontinenssin ABC- opas hyvään hoitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 69-73.

Nieminen, R. 1998. Virtsankarkailu. Therapia Urologica. Helsinki: Pharmacia & Upjohn.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15.-17. painos. Helsinki: WSOY.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2004. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell.

Nuotio, M. 2007. Vanhusten inkontinenssi. Teoksessa Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) Inkontinenssin ABC- opas hyvään hoitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 47 - 52.

Nuotio, M. 2008. Suolisto- ja virtsaamisvaivat. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 165 - 187.

Ruutu, M., 2002. Anamneesi ja oireisto, kliininen tutkiminen. Teoksessa Nurmi, M., Lukkari-
nen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. Jyväskylä: Duodecim, 50 - 62.

Saarnio, R. & Isola, A. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö- onko vaihtoehtoja? Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 266 - 278.

Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Perhehoitotyö gerontologisessa hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 171 - 181.

Salo, J. 2002. Virtsateiden muut sairaudet. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. Jyväskylä: Duodecim, 134 - 202.

Schenkmanis, U. & Ulmsten, U. 2007. Inkontinenssi. Helsinki: WSOY.

Soini, H. 2009. Ikääntyneen ravitsemus. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 196 - 207.

Tammela, T. 2007. Inkontinenssin lääkehoito. Teoksessa Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) Inkontinenssin ABC- opas hyvään hoitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 74 - 78.

Tammela, T. 2002. Urodynaamiset tutkimukset. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. Jyväskylä: Duodecim, 56 - 66.

Tena e. Kärsitkö virtsankarkailusta? Apu aikuisten inkontinenssiin. Tenan opasvihkonen.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Valtonen, K., Purhonen, T. & Airaksinen, O. 2009. Uro- ja suoliterapia sekä seksuaalineuvonta. Duodecim. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjalainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatría. Keuruu: Otavan kirjapaino, 450 - 460.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P. 2009. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 109 - 144.

Vähäkangas, P. 2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 145-170.

Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.)2006. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Åkerman, P. & Aukee, P. 2007. Naisten lantionpohjan lihasten kuntoutus. Teoksessa Kiilholma, P. & Päiväranta, E. (toim.) Inkontinenssin ABC- opas hyvään hoitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 115 - 118.

Sähköiset lähteet

Ahopelto, P. Urologiset apuvälineet. Therapia Fennica. Viitattu 19.1.2011.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Urologiset_apuv%C3%A4lineet

Hemmilä, R. 2009. Opinnäytetyö. Viitattu 17.1.2011.
https://intra.laurea.fi/intra/fi/02_opiskelu/02_opiskelu_osa2/01_opinnot/05_opinnaytetty/index.jsp

Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D. & Voss, S. 2003. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries, 324-330. Viitattu 30.1.2011.
<http://www.sph.umn.edu/hpm/mnepc/pdf/14764130.pdf>

Irwin, D., Milsom, I., Hunskaar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S., Coyne, K., Kelleher, C., Hampel, C., Artibani, W. & Abrams, P. 2006. Population- Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of EPIC Study, 1306- 1315. Viitattu 30.1.2011.
http://www.urosource.com/fileadmin/user_upload/european_urology/PIIS030228380601116X.pdf

Jackson, R. A., Vittinghoff, E., Kanaya, A. M., Miles, T.P., Resnick, H. E., Kritchevsky, S.B., Simonsick, E. M., Brown, J. S. 2004. Urinary incontinence in elderly women: Findings from health, aging, and body composition study, 301-307. Viitattu 30.1.2011.
https://www.acog.org/from_home/publications/green_journal/2004/v104n2p301.pdf

Kivelä, S-L. 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Viitattu 23.1.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3666.pdf&title=Geriatriksen_hoidon_ja_vanhustyon_kehittaminen_fi.pdf

Käypä hoito suositus. 2006. Naisten virtsankarkailun hoito. Duodecim 2006; 122 (24): 3042-3054. Viitattu 29.12.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/khp00063>

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Tena. 2011a. Ota selvää miesten virtsankarkailun syistä. Viitattu 19.1.2011.

<http://www.tena.fi/Miehet/Informaatiopiste/Syyt/>

Tena. 2011b. Miehet ja virtsankarkailu. Viitattu 19.1.2011.

<http://www.tena.fi/Ammattihoitajat/Inkontinenssin-hallintakeskus/eri-inkontinenssityypit-ja-aiheuttajat/Male--incontinence/>

Tena. 2011c. Tiettyihin virtsankarkailun tyyppeihin liittyvät neuvot. Apua pakkoinkontinenssiin. Viitattu 19.1.2011. <http://www.tena.fi/Miehet/Informaatiopiste/Mita-voin-tehda/Tiettyihin-virtsankarkailun-tyyppeihin-liittyvat-neuvot>

Tena. 2011d. Lantionpohjan lihasharjoitukset. Tena. Viitattu 27.1.2011.

<http://www.tena.fi/Ammattihoitajat/Inkontinenssin-hallintakeskus/eri-inkontinenssityypit-ja-aiheuttajat>

Norton, P. & Brubaker, L. 2006. Urinary incontinence in women, 57-67. Viitattu 30.1.2011.

http://www.oab-online.net/pdf/PDF_07.pdf

Nuotio, M. 2004. Iäkkään miehen virtsankarkailu on huonoennusteinen vaiva. Duodecim 2004; 120:2269-70. Viitattu 19.1.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94546.pdf>

Nuotio, M., Jylhä, M., Luukkaala, T. & Tammela, T. L. J. 2002. Urgency, urge incontinence and voiding symptoms in men and women aged 70 years and over, 350-355. Viitattu 30.1.2011.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1464-4096.2001.01684.x/pdf>

Parkkinen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveystieteen tutkimuskeskuksen julkaisuja-sarja 7/ 2001. Viitattu 27.1.2011. http://www.health.fi/content/files/jul_laa_suunnitteluopas.pdf

Perttilä, I. 2004. Miehen virtsainkontinenssi- vaitettu vaiva. Viitattu 28.10.2010.

http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/kl5_2004/miehen_virtsainkontinenssi.pdf

Pihlavistokoti. 2011. Järvenpään kaupunki. Viitattu 1.2.2011.

http://www.jarvenpaa.fi/sivu/index.tmpl?sivu_id=1419

Saarelma, O. 2010. Virtsanpidätyshäiriö; virtsainkontinenssi. Viitattu 28.10.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00344&p_teos=dlk&p_osio=100&p_selaus=7732

Stach-Lempinen, B. 2004. Health-related Quality of Life and Female Urinary Incontinence - Evaluation of Measurement and Predictive factors in Specialized Health Care. Viitattu 6.2.2011. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5982-2.pdf>

Subak, L., Whitcomb, E., Shen, H., Saxton, J., Vittinghoff, E., Brown, J. 2006. Weight loss: A novel and effective treatment for urinary incontinence. Viitattu 30.1.2011.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1557356/>

Tilastotietoa Järvenpäästä. 2011. Viitattu 1.2.2011.

http://www.jarvenpaa.fi/sivu/index.tmpl?sivu_id=833

Julkaisemattomat lähteet

Laine, E. 2011. Ohje Järvenpään kaupungin maksuttomien hoitovälineiden ja -tarvikkeiden jakelusta kotihoidossa.

Ranki, N. & Rinkinen, R. 2010. Pihlavistokodin hoitajien haastattelu 22.10.2010. Järvenpää: Pihlavistokoti.

Kuvat

Kuva 1: Munuaisen poikkileikkaus

(http://koulut.tampere.fi/materiaalit/munuais/materiaali/sivupohja_perustietoa_verenkierro.html)..... 13

Kuva 2: Glomerulus (<http://mekarwijaya.blogspot.com/2009/01/kidney.html>) 14

Liitteet

Liite 1. Virstainkontinenssin lääkehoito.....73

Liite 2. Virtsaamispäiväkirja.....75

Liite 3. Haitta-aste lomake virtsainkontinenssin selvittelyyn.....76

Liite 4. Järvenpään hoitoväline- ja tarvikehakemus.....77

Liite 5. Pieni opas virtsankarkailusta.....78

Liite 1. Virstainkontinenssin lääkehoito

Pakkoinkontinenssi	Kauppanimi	Valmistemuoto	Annostus	Kommentteja
Oksibutyniini	Cystrin, Ditropan, Oxybutynin Generics	lyhytvaikutteinen tabletti	5 mg x 2 - 3	enemmän haittavaikutuksia (lähinnä suun kuivuminen) kuin muilla valmistemuodoilla
	Cystrin CR	pitkävaikutteinen tabletti (tyhjään mahaan)	10 mg x 1	paremmin siedetty kuin lyhytvaikutteinen
	Kentera	laastari, vaihto kahdesti viikossa	3.9 mg/vrk	uusin valmistemuoto, vähiten suun kuivumista, ihoärsytystä 10 - 16 %:lla
Tolterodiini	Detrusitol SR	pitkävaikutteinen tabletti	4 mg x 1	lyhytvaikutteinen tabletti poistettu markkinoilta Suomessa; pitkävaikutteisella jonkin verran vähemmän haittavaikutuksia kuin lyhyt- tai pitkävaikutteisella oksibutyniinilla, ei eroa oksibutyniinin transdermaaliseen käyttöön
Trospiumkloridi	Spasmo-Lyt plus	tabletti	20 mg x 2	vähemmän keskushermostovaikutuksia kuin oksibutyniinilla ja tolterodiinilla
Solifenasiini	Vesicare	tabletti	aloitusannos 5 mg x 1, suurennetaan tarvittaessa määrään 10 mg x 1	
Estrogeenipaikallishoitovalmisteet				paikallinen ärsytys, kutina, kirvely lähinnä hoidon aloitusvaiheessa, ei systeemisiä haittavaikutuksia
Estradioli	Vagifem	emätintabletti	25 µg kahdesti viikossa	

Liite 1. Virstainkontinenssin lääkehoito

Pakkoinkontinenssi	Kauppanimi	Valmistemuoto	Annostus	Kommentteja
Estroni	Ovestin	voide 0.1 mg/g, asetin, emätinpuikko 0.5 mg	kahtena iltana viikossa	
	Pausanol	voide 1 mg/g, asetin emätinpuikko 0.5 mg	kahtena iltana viikossa	
	Estring	3 kk:n välein vaihdettava rengas	7.5 µg / vrk	
Ponnistusinkontinenssi				
Duloksetiini	Yentreve	tabletti	aloitusannos 20 mg x 2 (2 viikon ajan), hoitoannos 40 mg x 2	haittavaikutuksena pahoinvointi varsinkin alussa, verenpaineen nousu, serotoninireyhtymän riski, Ei siprofloksasiinin, fluvoksamiinin ja enoksasiinin kanssa
Fenyylipropanoliamiini	Rinexin	tabletti	50 mg x 2	varsin vähän enää käytössä, oireita lieventävä teho yleensä lyhytaikainen, haittavaikutukset lieviä (unettomuus, levottomuus ja vasomotoriset oireet)

VIRTSAAMISPÄIVÄKIRJA
Naisten virtsainkontinenssin hoito,
Käypä hoito -suositus

Nimi _____ Päivämäärä _____

[illegible]

- Merkitse listaan yhden vuorokauden WC-käynnit ja kellonaika.
- Mittaa WC-käynnillä virtsanmäärä sopivalla mittakannulla ja merkitse desilitroina virtsaamispäiväkirjaan.
- Arvioi ja merkitse tahattomien virtsankarkaamisten määrä: vähäinen, kohtalainen tai runsas.
- Merkitse käyttämäsi vaippojen tai siteiden määrä ja vaihtamisen kellon aika.
- Kirjoita tarvittaessa muita huomioita lomakkeen kääntöpuolelle (esimerkiksi kipu virtsatessa).

Liite 3. Haitta-aste lomake virtsainkontinenssin selvittelyyn

Haitta-astelomake virtsainkontinenssin selvittelyyn

		Pvm: _____	
Nimi _____	Ongelma esiintynyt _____		kuukautta/vuotta _____
Henkilötunnus _____	Pituus _____	Paino _____	Ikä _____

Rastittakaa sopivin vaihtoehto ☒	0	1	2
1. Karkaako Teiltä virtsa ilman ponnistusta ja asennosta riippumatta (esim. makuulla)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
2. Esiintyykö virtsan karkaaminen (vasta) vähäisessä ponnistuksessa (esim. seisomaan noustessa, kävellessä)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
3. Karkaako Teiltä virtsaa (vasta) yht'äkkisissä, voimakkaissa ponnistuksissa (esim. aivastaessa, yskiessä, juostessa)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
4. Haittaavatko karkailuoireet jokapäiväisiä askareitanne (kaupassakäynti, ruoanlaitto, siivous tms.)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
5. Onko oireistanne haittaa ansiotyössänne (asiakkaiden palveleminen, työsuoritukset tms.)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
6. Pelkäätekö, että muut huomaavat vaivanne (haju, märkyys tms.)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
7. Joudutteko luopumaan menoistanne (liikunta, kyläily, teatteri, kirkko tms.)	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
8. Haittaavatko karkailuoireet sukupuolielämäänne	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
9. Aiheuttaako karkailu ulkosynnyttimienne ärtymistä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein
10. Joudutteko käyttämään suojavaippoja tai -siteitä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Hyvin usein

Pistemäärä yhteensä _____
Haitta-aste % _____

Haitta-asteen määrittelyminen prosentteina:

- Laske yhteen rastitettujen vastausten pisteet
- Jaa summa vastattujen kysymysten lukumäärällä
- Kerro tulos 50:llä

Esim. pisteiden summa 15, vastattujen kysymysten määrä 10 → $15/10 \times 50 = 75 \%$

(Lähde: Mäkinen J, Kujansuu E, Nilsson CG, Penttinen J, Korhonen M. Virtsainkontinenssin arviointi ja hoito perusterveydenhoidossa. Suom Lääkäril 1992;47:2373-5)

Kustannus Oy Duodecim
Lääkärin tietokannat

Liite 4. Järvenpään hoitoväline- ja tarvikehakemus



Järvenpään kaupunki
Kotihoito
Myllytie 11, 04400 Järvenpää

Hoitoväline- ja tarvikehakemus

Asiakkaan nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____ Puhelinnumero: _____

Sairaus/vamma ja alkamispäivä: _____

Hoitotuki: _____ €/kk Vammaistuki: _____ €/kk

Haettavat hoitovälineet ja -tarvikkeet:

_____	tarve	_____
_____	tarve	_____
_____	tarve	_____
_____	tarve	_____

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun tietojen tarkistamiseen ja tietojen antamiseen Kelalle.

Järvenpää _____ / _____ 20 _____ Hakijan allekirjoitus _____

Päätös:

Myönnetään	kpl/kk	ajalle
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hylätään

Perustelut:

Järvenpää _____ 20 _____ Päätäjän allekirjoitus: _____

Päätöksestä voi valittaa 14 vuorokauden kuluessa päätöksensaannista sosiaali- ja terveyslautakunnan yksilöasiainjaokselle. Osoite: Sosiaali- ja terveysvirasto, Hallintokatu 2, 04400 Järvenpää.

Pieni opas virtsankarkailusta

Tämän oppaan tarkoituksena on antaa Teille tai omaisellenne tietoa virtsankarkailusta. Tässä oppaassa kerrotaan Teille lyhyesti virtsankarkailun syistä, sen eri muodoista, ehkäisystä ja hoidosta.

Virtsainkontinenssi eli tahaton virtsankarkailu on erityisesti iäkkään väestön yleinen terveysongelma. Tästä kiusallisesta, mutta vaarattomasta oireesta kärsii yli 40 -vuotiaista 16 % eli yli 400 000 ihmistä Suomessa. Vaivan kokee jossakin elämän vaiheessa naisista joka neljäs ja miehistä joka kymmenes. Virtsankarkailu ei kuulu normaaliin ikääntymiseen, joten sen syy tulisi selvittää. Virtsankarkailu ei ole sairaus, vaan seuraus häiriöstä.

Virtsankarkailu määritellään hygieeniseksi ja sosiaalisesti haitaksi. Virtsankarkailu saattaa heikentää Teidän tai omaisenne elämänlaatua ja aiheuttaa lisäkustannuksia elämäänne. Ottakaa asia rohkeasti puheeksi hoitohenkilökunnan kanssa.

Syitä virtsankarkailulle

Virtsankarkailua aiheuttavat ikääntymiseen liittyvät muutokset elimistössä. Miehillä yleisin syy virtsaamisongelmiin on eturauhasen hyvänlaatuinen liikkasvu ja naisilla vaihdevuosien aiheuttama limakalvojen haurastuminen.

Useat perussairaudet, kuten esimerkiksi sokeritauti, ylipaino ja taudit, joihin liittyy turvotuksia kuten sydämen vajaatoiminta, aiheuttavat virtsankarkailua. Lisäksi Parkinsonin tauti, masennus ja muistisairaudet altistavat virtsankarkailulle.

Virtsankarkailun syitä mietittäessä tulee sulkea pois virtsatietulehduksen mahdollisuus sekä ummetus.

Virtsankarkailun eri muodot

Virtsankarkailun luonne tulisi selvittää, koska Teidän hoitomuotonne valitaan virtsankarkailutyypin mukaan.

Alla mainittuja inkontinenssimuotoja esiintyy sekä miehillä että naisilla jälkitippumista lukuun ottamatta, jota esiintyy vain miehillä.

Ponnistusinkontinenssi

Ponnistusinkontinenssilla tarkoitetaan virtsankarkailua rasituksen yhteydessä silloin kun vatsaontelon paine äkillisesti nousee suuremmaksi kuin virtsaputken sulkupaine. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi yskiminen, nauraminen, aivastaminen, hyppiminen tai painavan taakan nostaminen.

Pakkoinkontinenssi

Pakkoinkontinenssilla tarkoitetaan yliaktiivisesta rakosta johtuvaa virtsarakon ennen aikaista ja äkillistä tyhjentymistä, vaikka virtsan määrä ei sitä vielä edellyttäisikään.

Sekamuotoinen inkontinenssi

Sekamuotoisella virtsainkontinenssilla tarkoitetaan, että samalla henkilöllä on sekä pakko- että ponnistusinkontinenssin oireita.

Ylivuotoinkontinenssi

Ylivuotoinkontinenssilla tarkoitetaan tilaa, jolloin virtsaa karkaa usein pieninä annoksina ylivenyneestä virtsarakosta johtuen. Taustalla on rakon tyhjenemisen vaikeus.

Jälkitippuminen

Jälkitippumisella tarkoitetaan virtsankarkailua, jossa virtsaa valuu vielä virtsaamisen loputtua.

Virtsankarkailun ehkäiseminen

Voitte parhaiten ehkäistä virtsankarkailua pitämällä yllä toiminta- ja liikuntakykyänne. Aktiivinen ja säännöllinen liikunta parantaa toimintakykyä ja koskaan ei ole liian myöhäistä aloittaa harjoittelua. Liikunnalla on myös suotuista vaikutus painonhallintaan. Lantionpohjanlihasten hyvä kunto ylläpitää pidätyskykyä ja fysioterapeutilta saatte tarvittaessa ohjeita ja ohjausta näiden lihasten harjoittamiseen.

Teidän on vaivastanne huolimatta huolehdittava riittävästä nesteiden nauttimisesta. Välttää kofeiinia, alkoholia ja poreilevia juomia, koska ne lisäävät virtsaamisen tarvetta.

Tärkeää virtsankarkailun ehkäisemisessä on ummetuksen hoitaminen, koska ummetus pahentaa karkailua. Krooninen yskä tulee mahdollisuuksien mukaan hoitaa. Tupakointi pahentaa yskää.

Virtsankarkailun hoitomuodot

Lääkäri selvittää syyn virtsankarkailuunne sekä sen muodon. Apuna tässä voidaan käyttää virtsaamispäiväkirjaa, yskäsytestiä sekä kyselyä haitta-asteen määrittämiseksi. Kun Teillä on oikea diagnoosi, vaivaa voidaan helpottaa ja hoitaa usein eri tavoin.

Virtsankarkailua voidaan hoitaa lääkkeillä, lantionpohjanlihasten harjoittelulla sekä erilaisilla apuvälineillä. Joissakin tapauksissa vaivaa voidaan hoitaa leikkauksella.

Virtsankarkailussa käytettäviä apuvälineitä ovat keraävät apuvälineet kuten katetrit, virtsankerääjät ja virtsankeräyspussit. Imukykyisiä apuvälineitä ovat tippasuojat, vaipat ja vuodesuojat.

Liite 5. Pieni opas virtsankarkailusta

Vaippoja ja tippasuojia on tarjolla erikseen sekä miehille että naisille ja niiden imukyvyssä ja koossa on eroja. Hoitohenkilökunta ohjaa Teitä oikeanlaisen tuotteen valinnassa.

Vaippoja ja vuodesuojia myyvät päivittäistavarakaupat sekä apteekit. Lisäksi vaippoja voi ostaa postimyyntin kautta, vaippojen hankintapaikkoja löydätte internetistä osoitteesta <http://www.vaipat.net/foorumi/>

Te tai omaisenne voitte olla oikeutettu saamaan heikentyneen virtsanpidätyskyvyn hoitoon maksuttomia hoitotarvikkeita. Virtsankarkailuoireiden tulee olla pysyviä sekä vaikeita tai keskivaikeita, lisäksi hoitotarvikkeiden tarpeen tulee kestää yli kolme kuukautta. Lisätietoja asiasta antaa Teitä tai omaistanne hoitava henkilökunta.

Kotihoidon hoitotarvikejakelun vastuuhoitajat arkisin klo13.00-14.00

Pohjoinen kotihoito

sairaanhoitaja Heidi Viita puh: 2719 3351

perushoitaja Arja Hännikäinen puh: 2719 3314

Eteläinen kotihoito

sairaanhoitaja Riia Räihä puh: 2719 3049

lähihoitaja Kirsi Nyberg puh: 2719 3814



Lähde: Nikkanen, P., Ollanketo, A., Saarela, P. & Väre, K. 2011. Virtsainkontinenssiopas ikäihmisen ohjaamisen tukena - teorian pohjalta tuotettu opas asiakkaan ja omaisen ohjaamisessa. Laurea AMK Hyvinkää.



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä